



**Ana Raquel
Gabriel da Silva**

**EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica
multidimensional nos cuidados continuados.**



**Ana Raquel
Gabriel da Silva**

**EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica
multidimensional nos cuidados continuados.**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob orientação científica da Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa, Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro.

A ti, mãe

o júri

Presidente

Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo
Equiparada a Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Vogal – Arguente Principal

Doutora Maria Assunção Almeida Nogueira
Professora Coordenadora s/Agregação, Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

Vogal – Orientadora

Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa
Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Ao terminar este trabalho não posso deixar de patentear o meu agradecimento a todos os que, de diferentes formas, me apoiaram e contribuíram para a sua concretização.

É com muito gosto que agradeço à Professora Doutora Liliana Sousa pela orientação e disponibilidade sempre demonstrada para com o meu trabalho, quer no âmbito desta dissertação, quer ao longo dos últimos anos. Obrigada por partilhar o muito que sabe, é um privilégio trabalhar consigo.

Às Unidades de Cuidados Continuados que tornaram possível a concretização deste trabalho e a todos os utentes e profissionais, sem os quais seria impossível a realização deste projecto.

Aos meus pais e irmão pelo apoio e encorajamento incansáveis, que me ensinam todos os dias a acreditar.

Um agradecimento especial à minha avó pela preocupação constante com o meu futuro; um exemplo de envelhecimento bem-sucedido.

A todos os amigos que me apoiam, escutam, questionam, discordam, concordam e, com isso, me desafiam dia-a-dia a ser um pouco melhor.

À Cristina, colega incansável de trabalho, pela sua generosidade.

Ao Pedro, pela paciência, carinho e apoio incondicional nos momentos de maior incerteza.

A todos o meu sincero agradecimento.

Palavras-chave

EASYcare; avaliação geriátrica multidimensional; institucionalização; cuidados continuados integrados

Resumo

A investigação tem revelado que muitos problemas médicos, psicológicos e sociais em pessoas idosas não são detectados. Por isso, encorajam-se avaliações multidimensionais e compreensivas, mas escasseiam instrumentos que o permitam. Este estudo pretende adaptar o EASYcare (Sistema de Avaliação de Idosos) ao contexto institucional, especificamente aos cuidados continuados, que demonstrou ser um instrumento adequado nos cuidados primários.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratório e descritivo, que contou com a colaboração de 2 unidades de cuidados continuados. A amostra é constituída por 7 idosos institucionalizados numa unidade de média duração e reabilitação da zona norte do país, e 6 profissionais que enquadram a equipa de técnicos de uma unidade de média duração e reabilitação, da zona Centro. Foram utilizadas duas técnicas de recolha de dados: a entrevista individual com os profissionais; e a entrevista em focus group com os idosos.

Os principais resultados indicam que: idosos e profissionais consideram o EASYcare adequado para a avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados; os idosos foram consensuais em não sugerir modificações ao instrumento, enquanto os profissionais fazem várias alterações para viabilizar o seu uso neste contexto. O EASYcare é considerado facilitador da intervenção, atendendo aos benefícios apontados por profissionais e idosos; ambos referem que o EASYcare ajuda a perceber as necessidades dos utentes, numa perspectiva holística. A adaptação do EASYcare a este contexto faculta um instrumento que permite avaliar as necessidades e monitorizar a qualidade de vida dos idosos. Ao melhorar a avaliação promove-se a qualidade dos cuidados prestados.

Keywords

EASY-care; multidimensional geriatric assessment; institutionalisation; continuing care

Abstract

Research has shown that several medical, psychological and social problems in older people are not detected. Multidimensional and comprehensive assessments are encouraged, although, tools to allow them are still missing. This study aims to adapt the EASYcare (elderly assessment system) into the institutional context, specifically continuing care, which proved to be an appropriate tool in primary care.

This is a qualitative, exploratory and descriptive study that counted with the collaboration of two continuing care units. The sample comprises 7 elderly subjects institutionalised in a medium-term and rehabilitation unit in the north region of Portugal, and 6 professionals included in the technical team of a medium-term and rehabilitation unit in the central region of the country. Two techniques were used to collect data: individual interviews with professionals and focus group interviews with the older people.

Main findings suggest that: patients and professionals considered the EASYcare appropriated for the multidimensional geriatric assessment in continuous care; while patients did not suggest any modification to the instrument, professionals stated several changes in order to enable its use in this context.

EASYcare is considered a facilitator of the intervention, given the benefits reported by the older people and the professionals; both stated that EASYcare helps to understand the patients' need in a holistic way. The adaptation of EASYcare to this context provides a tool that assesses patients' needs and manages their quality of life. By improving the assessment the quality of care is promoted.

LISTA DE ABREVIATURAS

CCI	Cuidados Continuados Integrados
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment
EPIC	European Prototype for Integrated Care
FG	Focus Group
GATT	Geriatric Assessment Technical Training
IAI	Instrumento de Avaliação Integrado
MMS	Mini Mental State
NIH	National Institutes of Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
PI	Plano Individual
PIC	Plano Individual de Cuidados
PII	Plano Individual de Intervenção
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SCOPE	Supporting Clinical Outcomes in Primary Care for Elderly
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TSS	Técnica de Serviço Social
UIMDR	Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS.....	III
INTRODUÇÃO.....	1
1. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA MULTIDIMENSIONAL.....	3
1.1. Origem.....	3
1.2. Relevância.....	4
1.3. Operacionalização.....	6
2. O EASYCARE: SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE IDOSOS.....	9
2.1. Origem.....	9
2.2. Alargamento do uso.....	11
3. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (CCI).....	13
3.1. Contextualização.....	13
3.2. Rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI).....	14
3.3. Tipologias de Resposta da RNCCI.....	15
3.3.1. Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação.....	17
3.4. Avaliação dos utentes dos CCI.....	19
3.4.1. Instrumento de avaliação integrado (IAI).....	20
3.5. Perfil dos utentes da RNCCI.....	20
4. OBJECTIVOS.....	23
5. METODOLOGIA.....	25
5.1. Desenho da investigação.....	25
5.2. Procedimentos.....	26
5.2.1. Instrumentos.....	26
5.2.2. Recolha de dados.....	28
5.2.3. Amostra.....	31
5.3. Análise de dados.....	33
6. RESULTADOS.....	37
6.1. Idosos.....	37
6.2. Profissionais.....	41

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
7.1. Idosos versus Profissionais	47
7.1.1. Aceitabilidade	48
7.1.2. Alterações	49
7.1.3. Benefícios e Desvantagens	50
7.1.4. Procedimentos para a incorporação na instituição.....	51
7.2. Limites e perspectivas de pesquisa	53
8. CONCLUSÃO	55
8.1. O EASYcare nos Cuidados Continuados Integrados	55
8.2. Contributos para o desenvolvimento do EASYcare.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXO 1. EASYCARE	63
ANEXO 2. IAI.....	85
ANEXO 3. CHECK-LIST	87
ANEXO 4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	88
ANEXO 5. QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	89
ANEXO 6. GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	90
ANEXO 7. ÍNDICE DE GRAFFAR.....	91
ANEXO 8. ANÁLISE: IDOSOS.....	94
ANEXO 9. ANÁLISE: PROFISSIONAIS	97
ANEXO 10. PROPOSTA EASYCARE.....	101

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1- Tipologias dos Cuidados Continuados (adaptado UMCCI, 2009).	16
Tabela 1- Distribuição por sexo e grupo etário dos utentes referenciados na RNCC, em 2009.	21
Tabela 2- Distribuição por estado civil, situação de convivência e anos de escolaridade dos utentes referenciados na RNCC, em 2009.	21
Tabela 3- Distribuição percentual dos utentes referenciados por origem e tipo de apoio que recebem.....	22
Tabela 4- Guião de entrevista semi-estruturada: tópicos de discussão.....	27
Tabela 5- Caracterização da amostra: idosos	32
Tabela 6- Caracterização da amostra: profissionais.....	33

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um facto recente, universal e inexorável. As suas causas são multifactoriais e diferentes em países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas as suas consequências são igualmente importantes do ponto de vista social, médico e político.

Uma avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais premente. No entanto, a investigação revela elevados níveis de problemas médicos, psicológicos e sociais não detectados em pessoas idosas, demonstrando a necessidade de uma abordagem sistemática de avaliação (Drennan *et al.*, 2007; Philp *et al.*, 2001; Williamson *et al.*, 1964). Deste modo, encorajam-se avaliações multidimensionais e compreensivas, contudo os instrumentos são escassos (Philp, 2000; Richardson, 2001). A avaliação geriátrica multidimensional define-se como um processo diagnóstico multidisciplinar que contempla a avaliação de problemas médicos, psicossociais, funcionais e do meio envolvente do idoso, com o objectivo de desenvolver um plano assistencial de acompanhamento a longo prazo (Rubenstein e Rubenstein, 1991; Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005; Veríssimo, 2005).

O EASYcare (Elderly Assessment System; Sistema de Avaliação de Idosos) é um instrumento de avaliação compreensiva das necessidades das pessoas idosas (mais de 64 anos) desenvolvido a nível Europeu (e neste momento já expandido na Ásia e América), recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e validado em Portugal na versão 1999-2002 e na versão 2008 (Sousa e Figueiredo, 2003; Sousa *et al.*, 2008). Este instrumento multidimensional foi criado para o uso em cuidados de saúde primários, o que limita a sua aplicação a outros serviços de apoio ao idoso. Assim surge a relevância de adaptar o EASYcare ao contexto institucional, neste caso aos cuidados continuados integrados, de forma a responder às necessidades da população sénior institucionalizada. A adaptação do EASYcare permitirá uniformizar e sistematizar a intervenção e acompanhamento dos idosos neste contexto, avaliando as suas necessidades e monitorizando a sua qualidade de vida.

Estruturalmente esta dissertação organiza-se em oito partes ou capítulos. As três partes iniciais incidem no enquadramento teórico: i) Avaliação Geriátrica Multidimensional; ii) o EASYcare: sistema de avaliação de idosos; e iii) Cuidados Continuados Integrados (CCI). No quarto capítulo são definidos os objectivos do estudo. Posteriormente, no quinto,

apresenta-se a metodologia adoptada, nomeadamente: i) desenho da investigação; ii) procedimentos; e iii) análise de dados. Os resultados obtidos no estudo compõem a sexta parte desta dissertação. Segue-se a discussão dos resultados e os limites e perspectivas de pesquisa, numa sétima parte. Por fim, apresentam-se as conclusões deste estudo, focando a utilização do EASYcare nos Cuidados Continuados Integrados e o contributo deste estudo para o seu desenvolvimento.

1. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA MULTIDIMENSIONAL

1.1. ORIGEM

Segundo Rubenstein (2004), a avaliação abrangente geriátrica (multidimensional) desenvolveu-se em três fases distintas, mas complementares: i) a primeira fase consistiu na conceptualização e desenvolvimento do modelo; ii) a segunda fase permitiu o aperfeiçoamento e avaliação de modelos geriátricos; e a terceira fase pretende a consolidação e integração do modelo, de avaliação multidimensional do idoso, no sistema de cuidados de saúde.

As primeiras tentativas surgem aos anos 1930, no Reino Unido, quando os primeiros artigos sobre a necessidade e importância de uma avaliação geriátrica específica foram publicados pela médica britânica Marjory Warren (Matheus, 1984; Rubenstein, 2004). Warren tem sido considerada a “mãe” da Geriatria. Em 1936 assumiu a responsabilidade de coordenar em Londres o West Middlesex County Hospital, que acolhia pacientes crónicos, imobilizados, sem diagnóstico médico adequado, nem atendimento especializado em reabilitação. Apesar dos cuidados prestados pela enfermagem, os pacientes idosos encontravam-se incapacitados para realizar as actividades de vida diária, e pressupunha-se que permanecessem no hospital até à morte. Marjory Warren começou a avaliar cada caso e deu início à reabilitação dos pacientes. Esta intervenção foi determinante para a maioria dos pacientes, que receberam alta hospitalar e regressaram à sua rotina diária. A médica britânica recomendou que antes da admissão em hospitais para internamentos de longa duração ou em asilos, todos os idosos deveriam ser submetidos a uma avaliação multidimensional do seu estado de saúde, que incluísse: história clínica e exame físico, informação social e estado funcional. Na sua perspectiva, esta avaliação permitia propor um tratamento de reabilitação com vista à melhoria da autonomia e bem-estar (Rubenstein, 2004). Marjory Warren é reconhecida como a primeira médica geriatra, a ter procedido de forma cuidadosa e holística, considerando as peculiaridades e necessidades específicas dos pacientes idosos (Matheus, 1984). Esta primeira fase decorreu até aos anos setenta (Rubenstein, 2004).

Entre 1975 e 1995 decorre a segunda fase, que consistiu no período de aperfeiçoamento e avaliação de modelos geriátricos, especificamente o *Comprehensive Geriatric*

Assessment (CGA). Neste sentido, foram realizados um conjunto alargado de ensaios clínicos randomizados (randomized controlled trials - RCTs) com o objectivo de avaliar o modelo CGA. Estes estudos culminaram numa meta-análise de 28 RCTs, em 1993. A partir dos seus resultados realizaram-se relatórios de consenso entre declarações de sociedades profissionais, destacando a importância da CGA como parte central e essencial no atendimento geriátrico. Estes relatórios incluíram o desenvolvimento de conferências de consenso do *National Institutes of Health* (NIH) em 1983 e 1987; os documentos da Sociedade Geriátrica Americana, do Colégio Americano de Médicos, e da Sociedade para a Medicina Geral, em 1988; e as conferências do *International State of the Art*, na Suécia em 1988 e na Itália em 1994.

De 1995 até aos dias actuais, desenvolve-se o período de integração e consolidação do modelo de avaliação multidimensional do idoso no sistema de cuidados de saúde (Rubenstein, 2004). Ao longo destas últimas décadas, diversos autores têm investigado o impacto da avaliação multidimensional geriátrica (Hogan e Fox, 1990; Gold e Bergman, 2000; Rubenstein *et al.*, 1984; Rubenstein e Rubenstein, 1991; Scanlan, 2005). Enquanto, alguns enfatizam a importância deste modelo de cuidados geriátricos, outros referem o risco da falta de adesão dos serviços de saúde a esta avaliação (Aminzadeh, 2000). A dificuldade em coordenar os cuidados de saúde primários e os serviços de internamento hospitalar, de reabilitação e serviços de apoio domiciliário, pode inviabilizar a continuidade da aplicação deste modelo integrador de cuidados. Porém, o desafio está em assegurar a adesão às suas linhas orientadoras (Aminzadeh, 2000; Scanlan, 2005).

A organização e funcionamento dos serviços de saúde não se encontram adaptados às actuais necessidades da população idosa, decorrentes das novas realidades demográficas e sociais, o que constitui um obstáculo à promoção e/ou manutenção da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias (Direcção-Geral da Saúde, 2006). No panorama da transição demográfica actual, torna-se fundamental adequar as respostas de cuidados e serviços às necessidades da população em geral, e dos idosos em particular. É neste contexto que surge a relevância do uso da avaliação multidimensional geriátrica.

1.2. RELEVÂNCIA

As pessoas idosas apresentam múltiplas necessidades, mas raramente os profissionais (médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, gerontólogos) as

conseguem detectar todas (Drennan *et al.*, 2007; Nolan e Caldock, 1996; Powell *et al.*, 2007). Simultaneamente, apresentam maior prevalência dos problemas de saúde, que necessitam de análise específica para a sua detecção. Por exemplo, a depressão é comum no idoso, contudo é frequentemente sub-diagnosticada. Neste sentido, é essencial que se realize uma avaliação sistemática individual, em vez de enquadrar as necessidades dos idosos de acordo com um plano pré-estabelecido com base na idade (Byles, 2000; Swift, 2001). Ou seja, a necessidade de cuidados não pode ser definida apenas com base na idade cronológica, deve ter em conta o estado geral do idoso, o seu bem-estar, o contexto em que vive (Byles, 2000). O que implica entendê-los com a sua história de vida, com as suas vivências, hábitos e rotinas, e expectativas perante a vida (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Williamson *et al.* (1964) verificou que os profissionais não conhecem efectivamente as necessidades de cerca de 66% das pessoas idosas que acompanham. Philp *et al.* (2001) observou que cerca de 35 anos depois a situação é idêntica. Assim, existe um crescente interesse na avaliação das necessidades das pessoas idosas, principalmente, no âmbito dos cuidados comunitários de saúde e acção social (Nolan e Caldock, 1996; Powell *et al.*, 2007). Neste contexto, a literatura recomenda o uso de avaliações simples, individuais, compreensivas e multidimensionais que facilitem respostas individualizadas e a adequação dos sistemas de saúde e acção social (Fletcher *et al.*, 2004; René *et al.*, 2008; Stewart, 1999).

Challis *et al.* (2004) desenvolveram um estudo para determinar os benefícios da avaliação em pessoas idosas com vulnerabilidade e susceptíveis a institucionalização. Os resultados sugerem que os idosos que foram submetidos a avaliação apresentam diminuição na deterioração da condição física e menor contacto com cuidados domiciliários e serviços de emergência. O estudo salienta que as situações de morbilidade, nomeadamente as disfunções cognitivas, eram em geral desconhecidas até se proceder à avaliação multidimensional. Os autores destacam que os custos associados a este tipo de avaliação são menores do que os resultantes da sua ausência. De facto, o conhecimento prévio e uniformizado das necessidades das pessoas idosas, permite aos sistemas de apoio oferecer melhores respostas. Daí a pertinência dos sistemas de avaliação compreensivos e multidimensionais das necessidades de pessoas idosas (Challis e Hughes, 2002; Philp, 1997).

1.3. OPERACIONALIZAÇÃO

A prestação de cuidados ao idoso requer uma atenção especializada e interdisciplinar, pois é necessário atentar às múltiplas facetas do processo de envelhecimento, à interação dos factores biopsicossociais e às consequentes adaptações. As necessidades dos idosos têm um carácter multi e interdisciplinar envolvendo diversos factores, daí a avaliação multidimensional ser privilegiada, pois abarca diferentes domínios (Rubenstein e Rubenstein, 1991; Rubenstein, Wieland e Bernabei, 1995; Veríssimo, 2005). A realização da avaliação multidimensional comporta diversos objectivos, tais como aumentar a precisão do diagnóstico, facilitar condutas preventivas, orientar os tipos de intervenção, facilitar o acompanhamento. Tem como intuito fomentar a qualidade de vida do idoso, por isso inclui a anamnese, exame físico, avaliação funcional, mental, social, perfil ocupacional e factores ambientais. Deste modo, a prestação de serviços à pessoa idosa só faz sentido na presença de uma equipa multidisciplinar, que deverá estar bem organizada e coordenada para garantir a eficácia do apoio.

Para operacionalizar a avaliação multidimensional é necessário recorrer a metodologias, estratégias e instrumentos de natureza diversa, numa perspectiva multi e interdisciplinar, que apenas o trabalho em equipa pode decodificar, de forma a encontrar a melhor resposta para cada caso (Gold e Bergman, 2000; Scanlan, 2005; Veríssimo, 2005). Através da avaliação, ocorre a análise do estado de saúde do idoso, assim como dos problemas sociais, económicos, familiares, que influenciem o seu comportamento e condicionem a sua independência e, consequentemente, a sua qualidade de vida (Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005; Veríssimo, 2005).

Depois de realizada a avaliação e identificação das necessidades e potenciais do idoso, procede-se à elaboração do Plano Individual (PI). O PI é um instrumento formal que visa organizar, operacionalizar e integrar todas as respostas às necessidades e aos potenciais de desenvolvimento identificados pelos diferentes profissionais em conjunto com o idoso (Portugal - Instituto Segurança Social, 2007). A elaboração e gestão do PI têm em consideração as especificidades biopsicossociais do indivíduo, ou seja a sua dimensão holística. A personalização do PI pretende respeitar os objectivos, valores e interesses, bem como as idiosincrasias da pessoa idosa. A sua elaboração pode começar por ser discutida em reunião de equipa técnica, no entanto só deve ser efectivada em conjunto com o idoso e/ou significativos, sendo este(s) o(s) principal(is) agente(s) decisor(es) (Portugal - Instituto Segurança Social, 2007). Este plano individual de cuidados é

essencial pois permite a partilha de informação de âmbito clínico e psicossocial entre os profissionais, a fim de promover a continuidade dos cuidados.

A avaliação geriátrica consiste num esforço multidisciplinar para identificar as necessidades dos idosos com o objectivo de maximizar a sua saúde e bem-estar, e recomendar os cuidados que permitam obter o melhor resultado (Borgenicht, Carty e Feigenbaum, 1997). Assim, a avaliação e a intervenção geriátrica asseguram a integralidade e a multidisciplinaridade na atenção ao idoso, promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida, não se restringindo à detecção e tratamento clínico mas à optimização do funcionamento global. Neste sentido surge a pertinência de usar o EASYcare como instrumento de avaliação geriátrica multidimensional.

No capítulo seguinte apresenta-se o EASYcare (sistema de avaliação de idosos), descreve-se a sua origem e alargamento do uso.

2. O EASYCARE: SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE IDOSOS

2.1. ORIGEM

O EASYcare (Elderly Assessment System; Sistema de Avaliação de Idosos) é um instrumento de avaliação multidimensional das pessoas idosas, que fornece um perfil de necessidades e prioridades de cuidados, encontrando-se disponível a nível Europeu (Sousa e Figueiredo, 2002; Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

Em Novembro de 1993, a OMS organizou uma conferência em Belfast, reunindo 50 delegados de 14 países da União Europeia com experiência, prática clínica, de investigação, gestão e assistência social. Esta conferência tinha como objectivo chegar a um consenso relativamente aos critérios que deveriam servir de suporte ao desenvolvimento de um instrumento adequado para avaliar a saúde e bem-estar das pessoas idosas. Neste âmbito, a versão inicial do EASYcare foi desenvolvida através do projecto EPIC (*European Prototype for Integrated Care*), tendo-se realizado o estudo-piloto em quatro países: Irlanda do Norte, Finlândia, Espanha e Itália. O desenvolvimento deste instrumento teve continuidade no projecto SCOPE (Supporting Clinical Outcomes in Primary Care for Elderly), inserido no Programa Biomedicina e Saúde 1994 -1998 (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

O EASYcare foi construído a partir de diversos instrumentos de avaliação que incidiam numa dimensão (por exemplo, depressão ou estado funcional). De cada instrumento elegeram-se os itens mais discriminatórios e organizou-se um novo instrumento de avaliação multidimensional (EASYcare, versão 1999-2002). As suas principais fontes foram: Índice de Barthel, Dukes OARS, IALD Scale, SF-36 Health Survey, WHO-11 Counties Survey Instrument, Southampton Community Information Project, Geriatric Depression Scale e Cognitive Impairment Test. Esta primeira versão do EASYcare avaliava os seguintes domínios: aspectos sensoriais; qualidade de vida percebida; funcionalidade; mobilidade; cuidados pessoais; depressão; diminuição cognitiva. A inovação deste instrumento consistiu em integrar numa só escala itens relativos às várias dimensões da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas (Figueiredo e Sousa, 2001).

A partir daqui, vários trabalhos clínicos, de divulgação, investigação e aperfeiçoamento foram realizados pelo grupo de desenvolvimento do EASYcare. A coordenação do desenvolvimento e investigação do instrumento está a cargo da Universidade de Sheffield (Professor Ian Philp), que organizou uma base de dados em nome da Organização Mundial de Saúde (Gabinete Regional para a Europa) para a comparação de indicadores estratégicos relativos à saúde e bem-estar da população idosa (Figueiredo e Sousa, 2001).

O desenvolvimento do EASYcare implicou a elaboração de um manual de formação para profissionais das áreas da acção social e saúde. Este projecto designado GATT (*Geriatric Assessment Technical Training*) foi financiado pelo Programa Leonardo da Vinci, e formou os profissionais para o adequado e uniformizado uso do EASYcare (Figueiredo e Sousa, 2000).

Em Junho de 2008 a Universidade de Sheffield lançou a nova versão 2008, incorporando a experiência clínica e de investigação obtida com a versão anterior. Esta nova versão compreende o *EASYcare Standard* e o *EASYcare Supporting Instruments*. O EASYcare Standard é um instrumento baseado na evidência que permite aos profissionais, às pessoas idosas e aos seus cuidadores informais registar informação sobre áreas com impacto na independência, saúde e bem-estar da pessoa idosa. Essas áreas são: aspectos sensoriais; auto-cuidado; mobilidade; segurança; habitação; situação económica; saúde; saúde mental e bem-estar; e cuidados familiares. O EASYcare Supporting Instruments é utilizado para providenciar dados adicionais sempre que o profissional considere necessário, inclui: informação sobre os cuidadores informais, medicamentos; indicador de risco de quedas, habitação e finanças, teste de memória, risco de quebra nos cuidados e interesses de lazer. Assim, o sistema EASYcare constituiu-se como um instrumento de avaliação, orientação e formação, desenvolvido para avaliar a qualidade de vida e a necessidades de cuidados das pessoas mais velhas.

Após um relançamento bem sucedido em 2008, o Programa EASYcare reuniu um novo impulso. Um conselho consultivo foi criado para prestar aconselhamento especializado e uma rede internacional foi organizada para estender a experiência e validação do uso de instrumentos de fácil manutenção em regiões fora da Europa. O sistema EASYcare está em desenvolvimento contínuo, sustentado por um programa de pesquisa em torno de três temas principais: estudos de validação, estudos de custo-eficácia e avaliação das necessidades da população.

2.2. ALARGAMENTO DO USO

O sistema de saúde envolve uma tríade básica composta por três pilares essenciais: os cuidados de saúde primários, os secundários e os terciários. O EASYcare foi desenvolvido com o objectivo de auxiliar os profissionais de saúde e de acção social a melhorar os cuidados primários à população idosa. Em Portugal não existe uma definição única e consensual de cuidados de saúde primários, mas partilha-se um mesmo conceito com base na declaração de Alma-Ata. Assim, pode dizer-se que os cuidados primários “são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento” (OMS, Declaração de Alma Ata, 1978). Os cuidados de saúde primários são parte integrante do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, sendo essenciais para desenvolvimento social e económico da comunidade. A sua estrutura tem como objectivo a promoção de saúde e prevenção da doença. Neste âmbito, os dados obtidos através do EASYcare podem ser utilizados para avaliar problemas diversificados na população, necessidades e objectivos que auxiliem os serviços sanitários, a gestão dos serviços, a distribuição de recursos, a pesquisa e formulação de políticas a implementar (Becker, 2001; Gama *et al.*, 2000). A nível individual, o EASYcare proporciona uma descrição global das necessidades do idoso, tal como este as percebe. Esta avaliação possibilita auxiliar os profissionais de cuidados primários a melhorar a assistência que podem facultar às pessoas idosas (Figueiredo e Sousa, 2001).

O EASYcare mostrou-se adequado às necessidades deste nível de cuidados, no entanto a sua aplicação em outros níveis requer adaptação. Nos cuidados de saúde terciários, especificamente nos cuidados continuados, há a necessidade de uma avaliação sistemática centrada no idoso, que planeie a intervenção. Os cuidados de saúde terciários caracterizam-se por cuidados de saúde mais especializados, direccionados para a convalescença/reabilitação de situações de doença (Ramos, 1994). Os principais objectivos deste nível de cuidados são auxiliar o utente a recuperar o mais eficiente e eficazmente possível, e ajudá-lo a adaptar-se a eventuais perdas na autonomia e independência na realização e satisfação das actividades de vida diária e necessidades humanas básicas. Este tipo de cuidados foi criado para apoiar e melhorar a qualidade de vida do utente, de forma a promover ao máximo a sua autonomia, assentando na

reabilitação e reintegração social. A capacidade de controlo e sistematização das novas intervenções também é considerada um requisito dos cuidados terciários, porque as respostas integradas requerem maior metodização por parte dos profissionais, características em que hospitais e centros de saúde por vezes falham. Daí ser essencial adaptar o EASYcare aos cuidados continuados, facultando um instrumento de avaliação multidimensional que permita integrar a informação e sistematizar a intervenção ao idoso.

Em Portugal, o EASYcare tem sido largamente usado em diversos contextos: investigação, prática social e de saúde e caracterização da população. Numa altura em que surge o instrumento actualizado, interessa inseri-lo na prática profissional. Este instrumento é um meio eficaz de avaliar a qualidade de vida, bem-estar e necessidades das pessoas idosas, ao mesmo tempo que as capacita envolvendo-as na definição das suas necessidades e prioridades (Stuck *et al.*, 2002; Dwyer, 2005; Bergland e Narum, 2007). Avalia as suas capacidades e não competências, centrando-se mais na qualidade de vida que na doença (Figueiredo e Sousa, 2001). Para além disso, ajuda os profissionais a melhorar os cuidados que prestam ao idoso, favorecendo o trabalho em equipa. O EASYcare reúne informação estandardizada que pode ser partilhada, proporcionando resultados mensuráveis. Com recurso a uma linguagem clara, este instrumento focaliza as necessidades da pessoa idosa e reconhece o papel dos cuidados informais (Philp, 1997; Philp *et al.*, 1999).

Recomenda-se que o EASYcare seja utilizado nas seguintes circunstâncias: contacto inicial entre a pessoa idosa e os serviços sociais e/ou de saúde (admissão); alteração da saúde física ou mental, circunstâncias sociais; processo de despistagem; monitorização dos cuidados prestados; investigações acerca do bem-estar físico, mental e social da pessoa idosa; avaliação da pessoa idosa aquando o seu encaminhamento para determinado serviço de apoio/saúde (Figueiredo e Sousa, 2001). O EASYcare 2009 foi validado para a língua e cultura Portuguesa seguindo as orientações da equipa internacional responsável pelo projecto, por Sousa, Figueiredo e Guerra (2009) (Anexo 1).

No capítulo seguinte descreve-se o contexto de adaptação do EASYcare, as unidades de cuidados continuados integrados, e a sua actuação no panorama actual da prestação de cuidados.

3. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (CCI)

3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O conceito de cuidados integrados surgiu nos Estados Unidos da América, no século XX, e foi apresentado como uma cooperação inter-sectorial entre os prestadores de cuidados da área social e de saúde. Esta cooperação visava proporcionar continuidade no atendimento a pessoas vulneráveis e com múltiplas necessidades (Jansen, 2006). Para se atingir objectivos de eficiência e qualidade no seio das organizações e sistemas, torna-se necessária a cooperação e colaboração entre as várias partes da organização. Assim, a *integração* é uma questão essencial na concepção e desempenho organizacional (Kodner e Spreeuwenberg, 2002). Esta abordagem é aplicável ao sistema social e de saúde. A integração a este nível poderá não ser completa, dadas as descontinuidades ainda existentes nestes sectores. No entanto, deve ser vista como uma forma de criar sistemas mais abrangentes e preocupados com o todo (Dias e Santana, 2009). Os cuidados integrados não são um fim em si, devendo ser entendidos como uma forma de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, traduzido em melhor acesso, eficácia, eficiência e satisfação do utilizador (Jansen, 2006).

A integração de cuidados é definida em Portugal como “a conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assentes numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos” (alínea e) do art.3.º do DL n.º 101/2006, de 6 de Junho). Os termos cuidados integrados e cuidados continuados são frequentemente utilizados como sinónimos, no entanto, importa realçar as diferentes conotações. Os cuidados integrados são um conceito mais lato, abarcam a perspectiva do utente associada às implicações de gestão, economia e tecnologia dos serviços (Dias e Santana, 2009). Os cuidados continuados têm como objectivo a criação de intervenções articuladas de apoio social e de cuidados de saúde, dirigidos às pessoas em situação de dependência, através de respostas integradas no domicílio ou em ambulatório (Despacho conjunto do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, n.º 407/98, de 18 de Junho).

Destes dois conceitos decorre a definição de cuidados continuados integrados (CCI): “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo

terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (alínea a do art.3.º do DL n.º 101/2006, de 6 de Junho). Os CCI incluem-se no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no sistema de Segurança Social, constituindo um processo activo e contínuo, que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem: a) a reabilitação, a readaptação e a reintegração social; b) a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis (art.5.º do DL n.º 101/2006, de 6 de Junho). O CCI situa-se num nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.

O Estado Português possui forte tradição na prestação de serviços de apoio comunitário, a idosos e outros grupos com necessidades específicas. Tradicionalmente, a família assumia a primeira linha de cuidados. No entanto, o aumento da empregabilidade feminina, as alterações no agregado familiar e a migração para os centros urbanos, conduziram a uma impossibilidade ou maior dificuldade de suporte dos cuidados informais. Acresce que o país enfrenta o envelhecimento populacional associado ao aumento progressivo da esperança média de vida, exigindo a reformulação na prestação de cuidados sociais e de saúde (Silva e Simões, 2009). As transformações demográficas, sociais e familiares que têm ocorrido determinam novas necessidades para a população e, conseqüentemente, a criação de novas respostas. A prestação de cuidados no domicílio e no ambulatório aparece como a forma mais humanizada de resposta, mas exige redes sociais de apoio integrado que garantam a efectiva continuidade dos cuidados necessários (Despacho-Conjunto do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, n.º 407/98, de 18 de Junho). A continuidade de cuidados revela-se uma componente importante na prestação de cuidados de saúde e no seio das organizações. É neste panorama que surge a pertinência dos cuidados continuados integrados.

3.2. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

A criação da RNCCI possibilitou colmatar uma lacuna em Portugal, no âmbito da saúde e apoio social, ao promover a abertura organizacional para novos modelos de cuidados. Esta rede pretende facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados, que contribua para a resposta

integrada às pessoas em situação de dependência temporária ou prolongada (RNCCI, 2009). Assim, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006, a RNCCI, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Neste Decreto-Lei, a RNCCI é constituída por “unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativos, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais” (art.º 2). Este novo modelo organizacional tem como principal objectivo, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (art.º 4).

A RNCCI tem abrangência nacional e é operacionalizada através de respostas intersectoriais, ao integrar as políticas do sector da saúde e da segurança social, com parcerias com o sector social e privado, sociedade civil e Estado como principal incentivador. A coordenação nacional é assumida pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI). A sua principal função é orientar o projecto global de coordenação e acompanhamento da estratégia de operacionalização da Rede. (RNCCI, 2009).

Em suma, a RNCCI concretiza uma aposta das políticas públicas nas respostas adequadas aos doentes que ainda não reúnem as condições para regressarem ou continuarem no domicílio. E que nada beneficiam com o internamento e/ou a permanência numa cama hospitalar. Desta forma, o bom funcionamento da rede permitirá libertar camas a nível hospitalar e, com isso, aumentar a capacidade de resposta ao reduzir as listas de espera. O grande objectivo da RNCCI será sempre recuperar ou manter a autonomia máxima possível dos doentes para a vida diária no seu domicílio (Lopes *et al.*, 2010).

3.3. TIPOLOGIAS DE RESPOSTA DA RNCCI

A RNCCI pretende implementar um modelo de prestação de cuidados centrado no utente e adaptado às suas necessidades, onde possa aceder aos cuidados de que carece, no tempo e locais adequados. Desta forma, distinguem-se na rede 4 tipos de resposta (figura 1). Cada tipologia de resposta tem o seu papel e responsabilidades bem definidas.



Figura 1- Tipologias dos Cuidados Continuados (adaptado UMCCI, 2009).

Constituem *Unidades de Internamento*: as unidades de convallescência; unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos.

As *Equipas Intra-Hospitalares* de Suporte em Cuidados Paliativos, que como o nome indica estão sedeadas nos hospitais de agudos, têm por finalidade prestar assessoria técnica diferenciada nesta área, transversalmente nos diferentes serviços do hospital. Constituem-se como recurso hospitalar uma vez que integram elementos dos diferentes grupos profissionais, com formação em cuidados paliativos.

As *Equipas de Cuidados Continuados Integrados*, da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, direccionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convallescência, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento (n.º 1 do Art. 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho). Estas equipas incluem um núcleo especializado de profissionais de saúde, com formação específica em cuidados paliativos, de forma a assegurar o apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às unidades de internamento de Reabilitação e de Manutenção. Assumem-se assim, para além das atribuições descritas, como uma *Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos*.

Por último, ao nível de ambulatório, existem as *Unidades de Dia e Promoção de Autonomia* que prestam cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para ser cuidadas no domicílio. Os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são facultados em regime de dia (n.º 1 do Art. 21.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

A RNCCI, através das Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, fica inserida nos hospitais e, com as Equipas de Cuidados Continuados Integrados no domicílio, aliadas às Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, interliga-se com o nível dos cuidados de saúde primários. Deste modo, este novo modelo de cuidados assenta na concepção e funcionamento em rede, onde as diferentes tipologias de resposta fazem a articulação entre o nível hospitalar e o nível de cuidados primários (UMCCI, 2009).

As Unidades de Internamento constituem o contexto para a adaptação do EASYcare. Neste sentido, importa caracterizar as suas especificidades com particular enfoque nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (UIMDR), na qual incidiu este estudo.

As Unidades de Convalescença têm por finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo receber pessoas em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos. As UIMDR visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias. As Unidades de Longa Duração e Manutenção têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não possam (devam) ser cuidados no domicílio. As Unidades de Cuidados Paliativos destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo (UMCCI, 2009).

3.3.1. Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação

As UIMDR pretendem garantir cuidados integrados, individualizados e humanizados. É uma unidade com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (art. 15º do D.L. 101/2006 de 6 de Junho). Esta tipologia funciona com vista à reabilitação, manutenção e apoio social tendentes à rápida reintegração dos utilizadores na sua rotina de vida. Estes utilizadores são doentes provenientes de instituições de

saúde ou de solidariedade e segurança social, de outras respostas da rede, ou, ainda, do domicílio, que necessitem de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnicamente diferenciados.

Relativamente ao tipo de cuidados prestados, estas unidades devem dispor de serviços diversificados, para atingir os seus objectivos de reabilitação e manutenção; especificamente: serviços médicos presenciais, pelo menos duas vezes por semana, com revisão semanal do plano terapêutico; serviços de enfermagem; serviços de reabilitação diários (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala); serviços de higiene, conforto e alimentação; ajuda à interacção entre o utilizador e a família, promovendo a participação dos familiares ou outros elementos significativos; serviços de desenvolvimento de actividades lúdico-ocupacionais e preparação da alta e encaminhamento. Neste sentido, cada unidade deve possuir uma equipa técnica multidisciplinar das áreas da saúde e da acção social, composta pelos seguintes profissionais: médico; enfermeiro; técnico de serviço social; fisioterapeuta; terapeuta ocupacional em tempo parcial; psicólogo clínico em tempo parcial; nutricionista em tempo parcial; auxiliares de acção médica. Além disso, a unidade pode contar com voluntários preparados e enquadrados, assim como com prestadores informais de cuidados, devendo promover e facilitar a sua formação.

A referenciação para a RNCCI pode ser feita de duas formas: equipas de gestão de altas (Hospitais) e Centros de Saúde (art. 32º do D.L. 101/2006 de 6 de Junho). Para cada doente admitido na unidade deve ser constituído um processo que integre componentes: i) administrativos, identificação e residência do doente, residência e telefone de um familiar ou outra pessoa de contacto, identificação e contactos da entidade referenciadora e médico assistente, data de início e fim da prestação de serviços; ii) sociais e clínicos que incluem diagnóstico das necessidades clínicas e sociais; plano individual de intervenção, expressando os cuidados a prestar de acordo com os objectivos a atingir; consentimento informado; registo dos cuidados prestados por cada intervenor, datado e rubricado; avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção; nota de alta.

Esta tipologia de unidade define os seguintes critérios de admissão: i) necessidade de controlo de sintomas difícil de efectuar no domicílio; ii) necessidade de cuidados de reabilitação e/ou manutenção que obriguem a internamento, para melhoria e/ou manutenção de capacidades; iii) necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais; iv) impossibilidade de pronta reinserção na comunidade, por ausência de recursos sócio-familiares.

A preparação da alta compete à equipa da unidade e respeita um processo metódico que garante a continuidade de tratamento e apoio, se necessário, noutros níveis da rede de cuidados continuados integrados. Os critérios determinados para esta tipologia são, nomeadamente: i) ter atingido os objectivos clínicos e de reabilitação; ii) necessidade de cuidados num outro nível de diferenciação; iii) necessidade de resposta isolada do âmbito da saúde ou de apoio social. A mobilidade na rede ocorre quando se esgota o prazo de internamento fixado, não se atingindo os objectivos terapêuticos delineados. O responsável da unidade ou equipa deve preparar a alta, tendo em vista o ingresso da pessoa noutra unidade mais adequada. Esta nova integração deve tentar atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida (art. 33º do D.L. 101/2006 de 6 de Junho).

A avaliação da UIMDR compreende dois processos distintos complementares: i) processo interno de avaliação sistemática, devidamente documentado; ii) processo externo de avaliação periódica, qualitativa, segundo critérios a definir pela UMCCI.

3.4. AVALIAÇÃO DOS UTENTES DOS CCI

Para garantir melhor qualidade de vida dos utentes, é necessária a compreensão das necessidades, potencialidades, recursos e limitações de modo a disponibilizar os apoios que promovam a autonomia. Neste sentido, a RNCCI propõe uma avaliação integral, que reflecte a filosofia de avaliação multidimensional da pessoa em situação de dependência, nas componentes: física, cognitiva, socioeconómica e habitacional. Neste âmbito, são habitualmente utilizados instrumentos standardizados, aplicados por uma equipa interdisciplinar. O trabalho em equipa e a transdisciplinaridade foram identificados como valores chave da RNCCI, para poder assegurar a articulação e continuidade dos cuidados continuados. (UMCCI, 2007).

Para colocar o utente no centro dos serviços prestados, a RNCCI adopta uma nova abordagem de cuidados de saúde e de apoio social, assente na planificação de objectivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazos). Esta planificação é realizada através do Plano Individual de Intervenção (PII), que compreende objectivos a atingir face às necessidades identificadas e intervenções daí decorrentes. Procura-se a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais. Do PII decorre a elaboração de um documento dinâmico baseado na avaliação, que orienta a frequência e os serviços de saúde e/ou

apoio social que o utente recebe. Este denomina-se Plano Individual de Cuidados (PIC) e tem por objectivo individualizar os cuidados e facilitar a sua continuidade (UMCCI, 2007).

3.4.1. Instrumento de avaliação integrado (IAI)

A RNCCI adopta um instrumento de avaliação único, denominado Instrumento de Avaliação Integrado (IAI), que tem por objectivo a identificação de perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais e hábitos de vida cujos contributos são importantes na definição de um plano individual de intervenção, com ênfase na manutenção e recuperação de capacidades (Anexo 2). Através deste instrumento é realizada a avaliação biopsicossocial, com uma abordagem diagnóstica de detecção e monitorização longitudinal, das pessoas em situação de dependência. O IAI é transversal a toda a Rede e de aplicação obrigatória, e permite monitorizar a informação de forma uniformizada e passível de ser informatizada, a nível local e central, tanto o registo de dados como a sua análise (UMCCI, 2010).

O IAI é um instrumento de âmbito geral, que pode ser aplicado a todos os utentes da unidade de cuidados continuados. Em 2009, 80,5% dos utentes referenciados na RNCCI tinha mais de 65 anos. Destes 80,5% utentes, 42% tinham mais de 80 anos (RNCCI, 2010). Estes dados reforçam a indispensabilidade da utilização de um instrumento que contemple as necessidades da avaliação geriátrica multidimensional, neste contexto.

3.5. PERFIL DOS UTENTES DA RNCCI

Para concluir a descrição da RNCCI importa caracterizar o perfil dos seus utentes. Estes dados tornam-se relevantes pois dão a conhecer o tipo de população que necessita destes serviços.

A seguinte caracterização diz respeito aos utentes referenciados a nível nacional, durante o período de 1 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2009. Em 2009 os hospitais referenciaram 69% dos utentes da RNCCI, enquanto que os Centros de Saúde indicaram 31%. O total de utentes referenciados para a RNCCI durante este ano foi de 24.928, no entanto apenas 20.313 utentes possuíam critérios para ingressar na Rede. Destes, 226 utentes recusaram, foram cancelados 1.522 episódios de referenciação pela entidade referenciadora e existiram 239 óbitos, totalizando 1.987 utentes que foram subtraídos aos referenciados com condições de ingresso. Assim, dos 20.313 utentes restaram 18.326 utentes activos a admitir. O número de admissões na RNCCI em 2009 foi de 17.156, significando que foram admitidos 94% dos utentes com condições de ingresso na Rede.

Para a caracterização do perfil apresenta-se a distribuição percentual de utentes referenciados relativamente ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação de convivência, proveniência e tipo de apoio recebido. Os seguintes dados estão disponibilizados no Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI, 2010).

Verifica-se que 81% dos utentes referenciados na RNCCI têm mais de 65 anos e 53% são mulheres. O grupo com idade superior a 80 anos apresenta a maior representatividade (42%) (tabela 1).

Idade e Sexo			
Grupo Etário	Feminino (%)	Masculino (%)	Total utentes referenciados por grupo etário (%)
18-49	2	4	6
50-64	5	8	13
65-79	20	19	39
>80	26	16	42
Total	53	47	100

Tabela 1- Distribuição por sexo e grupo etário dos utentes referenciados na RNCC, em 2009.

Quanto ao estado civil, 45% dos utentes referenciados são casados, 22% são solteiros, 21% viúvos, e apenas 3% divorciados. Constata-se que 55% dos utentes têm 1 a 6 anos de escolaridades e 35% são iletrados. Em relação à situação de convivência, 74,7% dos utentes vivem com a família natural. Cerca de 21% vivem sós, o que demonstra a resposta da RNCCI a situações de isolamento (tabela 2).

Distribuição por estado civil (%)		Situação de Convivência (%)		Distribuição por anos de escolaridade (%)	
Solteiro	22	Com família natural	74,7	0 anos /analfabeto	35
Casado	45	Só	20,7	1 a 6 anos	55
Divorciado	3	Com família de acolhimento	1,3	7 a 12 anos	6
Viúvo	21	Instituição	3,1	13 ou mais anos	4
Omisso	10	Sem abrigo	0,2	Total	100
Total	100	Total	100		

Tabela 2- Distribuição por estado civil, situação de convivência e anos de escolaridade dos utentes referenciados na RNCC, em 2009.

Na tabela 3 apresenta-se a distribuição dos utentes referenciados por origem e tipo de apoio que recebem, aquando da sua referenciação para a RNCCI. Importa referir que cada utente pode receber mais do que um tipo de apoio.

A origem do apoio é maioritariamente familiar (52%). Os técnicos de saúde e a ajuda domiciliária constituem 11% do apoio referido pelos utentes e o técnico de serviço social é indicado por 7%. O centro de dia é a resposta social de apoio para 3% dos utentes referenciados na RNCCI. Os vizinhos são citados por 3% dos utentes (tabela 3).

Em relação ao tipo de apoio, verifica-se que a alimentação (20%), higiene pessoal (19%), da casa (17%), roupa (19%) e medicamentos (16%) representam os principais tipos de apoio referidos pelos utentes (tabela 3).

Distribuição dos utentes referenciados por <i>origem</i> de apoio que recebem (%)		Distribuição dos utentes referenciados por <i>tipo</i> de apoio que recebem (%)	
Familiares	52	Alimentação	20
Técnicos saúde	11	Higiene Pessoal	19
Técnico de serviço social	7	Higiene roupa	19
Ajuda domiciliária	11	Higiene casa	17
Centro de dia	5	Medicamentos	16
Empregada doméstica	3	Ajudas técnicas	5
Vizinhos	3	Pecuniário	1
Outros	8	Outros	2

Tabela 3- Distribuição percentual dos utentes referenciados por origem e tipo de apoio que recebem.

Uma correcta referenciação dos potenciais utentes viabiliza os bons resultados dos cuidados prestados na RNCCI. Para que as estratégias de cuidados integrados sejam bem sucedidas, é fulcral envolver todos os interessados: utentes, prestadores de cuidados, responsáveis pelo planeamento e instituições.

Em suma, com a RNCCI fica definido um novo nível de cuidados que atravessa de forma transversal o SNS e o Apoio social, com o objectivo de promoção de autonomia e de manutenção de capacidades. A integração dos cuidados de saúde e sociais assume-se como uma resposta eficiente ao panorama actual.

4. OBJECTIVOS

Este estudo exploratório procura adaptar o EASYcare ao contexto institucional, especificamente aos cuidados continuados. Considerando a importância do PII, enquanto orientador do planeamento na prestação de cuidados, as unidades de cuidados continuados carecem de um instrumento que avalie as necessidades biopsicossociais do idoso de forma simples e efectiva. Daí a pertinência de adaptar o EASYcare a este contexto, de forma a permitir uma avaliação multidimensional geriátrica que oriente as intervenções. Além disso, o EASYcare demonstrou ser um instrumento adequado nos cuidados primários, pelo que se afigura a sua efectividade em contextos institucionais.

Em termos específicos procura-se: i) reformular o EASYcare para responder às necessidades de avaliação geriátrica em Unidades de Cuidados Continuados; ii) definir os procedimentos para a integração do EASYcare no protocolo de avaliação geriátrica multidimensional institucional; iii) conhecer a aceitabilidade da sua aplicação neste contexto; iv) identificar os benefícios e desvantagens do EASYcare, na avaliação dos idosos nas Unidades de Cuidados Continuados.

Este estudo é relevante pois: i) disponibiliza um instrumento de avaliação abrangente das necessidades das pessoas idosas adaptado às especificidades da população idosa Portuguesa em instituição; ii) alerta para a necessidade de uma avaliação geriátrica multidimensional a nível institucional; iii) disponibiliza um instrumento que permite delinear um plano individual de intervenção para o idoso; iv) permite aos sistemas de apoio conhecer as necessidades desta população de forma uniformizada.

5. METODOLOGIA

5.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

O problema desta investigação incide numa necessidade dos serviços de apoio à população idosa: a avaliação geriátrica multidimensional. E fá-lo através da adaptação do EASYcare.

A escolha da abordagem qualitativa deriva de este ser um processo dinâmico, em que o investigador necessita de interagir com o meio para melhor compreender o fenómeno. Daí emergir como o método mais adequado ao objectivo em estudo e comumente usado neste âmbito. Além disso, possibilita *ouvir* os futuros utilizadores do instrumento (profissionais e idosos).

Tendo em conta os objectivos, este é um estudo de nível I, exploratório e descritivo (Fortin, 2003). A pesquisa exploratória proporciona uma visão geral de determinado fenómeno, para formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser exploradas em estudos posteriores (Gil, 1999). Este tipo de pesquisa torna-se adequado e este estudo, porque não existe conhecimento prévio sobre a utilização do EASYcare em contexto institucional. Daí ser necessário compreender e descrever conceitos e ideias numa primeira fase de adaptação, com vista à reformulação do instrumento, para ser possível a formulação de abordagens posteriores.

O estudo é descritivo, pois pretende analisar e descrever as perspectivas dos participantes da amostra relativamente ao instrumento em estudo. A descrição dos conceitos conduz a uma interpretação da significação teórica dos resultados (Fortin, 2003). Assim, o estudo descritivo visa “obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre fenómenos em que existam poucos trabalhos de investigação”, o que se adequa a este estudo (Fortin, 2003: 161).

De seguida, descrevem-se os procedimentos, passando para os instrumentos, recolha de dados e caracterização da amostra em estudo. Por último, este capítulo termina com a análise de dados.

5.2. PROCEDIMENTOS

Foram contactadas duas unidades de cuidados continuados que, após obtida autorização, facilitaram o contacto com os utentes e profissionais para a realização do estudo. Cada direcção técnica seleccionou os elementos da amostra, idosos e profissionais, com base nos critérios de inclusão da *checklist* (Anexo 3). Os critérios de inclusão para seleccionar o grupo de idosos foram os seguintes: i) utentes com mais de 65 anos, internados na unidade de média duração e reabilitação há pelo menos 2 meses; ii) apresentar discurso coerente; iii) orientado no espaço e no tempo, auto e halo psiquicamente; iv) ser autónomo; v) bom espírito crítico e disponibilidade para participar. O grupo dos profissionais foi seleccionado respeitando os seguintes critérios: i) trabalhar na unidade de média duração e reabilitação há pelo menos 6 meses, tempo parcial ou integral; ii) bom espírito crítico; iii) disponibilidade para participar. Posteriormente, as unidades solicitaram aos profissionais e idosos seleccionados consentimento para serem contactados pela investigadora.

Num primeiro contacto individual, a investigadora explicou os objectivos e natureza do estudo, métodos e meios pelos quais seria conduzido, a participação solicitada e os motivos pelos quais foram seleccionados. Todos os contactados aceitaram colaborar, e após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 4) procedeu-se à recolha dos dados. As datas de aplicação do instrumento foram combinadas.

5.2.1. Instrumentos

A recolha de dados teve por base a aplicação de dois instrumentos primários, criados pela investigadora: i) questionário sócio-demográfico, para identificação da amostra (Anexo 5) e ii) guião de entrevista semi-estruturada para orientação do *focus group* (FG) e da entrevista individual (Anexo 6). Seguidamente, procede-se à descrição dos instrumentos.

Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico permitiu a caracterização da amostra: idade, género, estado civil, zona de residência (rural ou urbana) e estatuto socioeconómico.

O estatuto socioeconómico foi determinado pela Classificação Internacional de Graffar, traduzida e adaptada por Amaro (1990). O Índice de Graffar é um instrumento de caracterização demográfica largamente usado nas Ciências Sociais e Humanas (Anexo 7). É composto por cinco domínios: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento,

qualidade da habitação e tipo de zona residencial. Cada domínio possui cinco categorias de resposta com pontuação de 1 a 5. A pontuação total varia, assim, entre 5 e 25, correspondendo à classe ou nível social: nível I – classe social alta; II – média alta; III – média; IV – média baixa; V – Baixa.

Guião de entrevista semi-estruturada

Após a fase conceptual deste estudo, procedeu-se à construção do guião de entrevista, estruturado com base no EASYcare, instrumento em adaptação. Tendo em conta os objectivos do estudo, foram criados tópicos de discussão para conduzir as entrevistas com os participantes (idosos e profissionais). O guião organiza-se em cinco partes: i) alterações no EASYcare; ii) procedimentos para a introdução na instituição (aplicação); iii) aceitabilidade; iv) potenciais benefícios/desvantagens; v) outras sugestões e comentários (Tabela 3).

<i>Tópico 1</i> Alterações no EASYcare	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O que modificar no questionário? ▪ Questões a retirar e porquê? ▪ Questões a incluir; porquê? ▪ Alterar a formulação das questões; Quais e porquê?
<i>Tópico 2</i> Procedimentos para introdução na instituição – aplicação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por quem? ▪ Na presença de quem? ▪ Quando?
<i>Tópico 3</i> Aceitabilidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impactos (positivos e/ou negativos)?
<i>Tópico 4</i> Potenciais benefícios/desvantagens do EASYcare	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Benefícios? ▪ Desvantagens?
<i>Tópico 5</i> Outras sugestões e comentários	

Tabela 4- Guião de entrevista semi-estruturada: tópicos de discussão

Este guião foi utilizado na condução da entrevista semi-estruturada aplicada em FG aos idosos. No caso dos profissionais, orientou as entrevistas individuais. O uso de distintas técnicas de recolha de dados, em função do grupo, será explicado ao longo dos procedimentos.

5.2.2. Recolha de dados

Fortin (2003) considera que os dados podem ser recolhidos de distintas formas junto dos sujeitos. É função do investigador determinar as estratégias mais adequadas para a obtenção dos dados, de forma a responder aos objectivos propostos. Neste estudo foram utilizadas duas técnicas de recolha de dados: a entrevista individual e a entrevista em FG. A amostra seleccionada determinou a utilização de diferentes técnicas de recolha, visto que o grupo de profissionais não possuía a disponibilidade do grupo de idosos para a realização do FG. As opções metodológicas tiveram em consideração a dinâmica institucional, adaptando as técnicas à amostra em estudo. Daí o investigador ter recorrido à entrevista individual semi-estruturada para o grupo de profissionais e ao FG para os idosos.

O FG é uma técnica usada para determinar as percepções, sentimentos e pensamentos das pessoas sobre problemas, produtos, serviços ou oportunidades (Krueger e Casey, 2000). O seu uso permite a interacção dos participantes, neste caso na discussão do instrumento EASYcare. Esta interacção enriquece os resultados, pela espontaneidade e naturalidade dos comentários (Morgan, 1998). O FG comparado a outras técnicas e/ou métodos, proporciona uma multiplicidade de visões e reacções emocionais em contexto grupal. Exige maior preparação do local e resulta em menor quantidade de dados por pessoa, em comparação com a entrevista individual. A maior desvantagem deste método é a impossibilidade de utilizar os dados obtidos de forma conclusiva, pois não é possível saber se a interacção em grupo reflecte ou não o comportamento individual (Krueger e Casey, 2000; Morgan, 1998).

Neste sentido, as entrevistas individuais realizadas aos profissionais podem aportar outro tipo de informação por comparação com a obtida durante o FG com os idosos. A técnica de entrevista foi utilizada para obter a opinião dos profissionais, envolvidos na avaliação geriátrica multidimensional dos cuidados continuados, relativamente ao EASYcare.

As entrevistas individuais semi-estruturadas são amplamente utilizadas, pois as perspectivas dos sujeitos são mais facilmente expressas numa situação de entrevista relativamente aberta do que numa entrevista estruturada ou num questionário (Flick, 2005). O investigador/entrevistador assumiu um papel de *guia* na introdução dos tópicos de conversa. O guião semi-estruturado optimizou o tempo disponível, permitindo seleccionar temáticas para aprofundamento.

Idosos

Após a selecção da amostra, a investigadora reuniu com a directora técnica da unidade de cuidados continuados¹. Esta reunião teve como objectivo apresentar o instrumento em estudo e pedir a sua análise. A directora técnica durante uma semana procedeu à análise do instrumento e respectivas alterações. As modificações propostas pretenderam eliminar algumas questões que, na perspectiva da directora técnica, poderiam ferir susceptibilidades dos idosos entrevistados. As questões eliminadas pertencem ao domínio *Habitação e Finanças*: 5.1 “De uma forma geral está satisfeito(a) com a sua habitação?” e 5.2 “Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?”. Esta nova versão do instrumento foi utilizada no FG com os idosos.

Em seguida realizou-se o FG com os participantes, que foram reunidos numa sala da instituição. Numa primeira sessão foi distribuído um exemplar do instrumento EASYcare a cada participante, assim como o guião da entrevista. Os idosos analisaram o instrumento durante uma semana, com a colaboração da animadora sociocultural. A sua colaboração consistiu na leitura do instrumento, para que pudessem reflectir sobre os tópicos em discussão. Alguns dos participantes tinham dificuldades em manipular o instrumento, devido à sua condição de saúde (reabilitação pós-AVC). Outros apresentavam dificuldades na leitura, dado o seu analfabetismo. Daí a pertinência desta colaboração.

Passado uma semana, os participantes foram reunidos para o FG. Para a sua realização, a investigadora teve em conta os parâmetros propostos por diversos autores, tais como: número dos participantes, local e tempo de duração da sessão, envolvimento do moderador e grau de estruturação. A literatura refere que cada FG deve ser composto por 6 a 12 participantes (Morgan, 1998). Neste estudo, o grupo foi composto por 7 participantes, para que todos tivessem a oportunidade de partilhar as suas percepções e proporcionar diversidade de ideias. Para a realização, a unidade de cuidados continuados disponibilizou uma sala ampla, de fácil acesso aos participantes, que apresentava as condições necessárias para a sua realização: comodidade, tranquilidade e silêncio. Possuía uma mesa redonda que permitiu que todos estivessem no mesmo campo de visão. A organização do espaço físico foi essencial para estimular a participação e a interacção do grupo. Foi função do investigador/moderador proporcionar um ambiente adequado, para que ocorresse uma troca de experiências e perspectivas de forma agradável. Quanto ao tempo de duração da sessão foi de 90m. A duração do FG não

¹ A tipologia desta unidade de internamento é de Média e Longa Duração, com localização na zona do Porto.

deve exceder as duas horas, para que o cansaço dos participantes não interfira nos objectivos da discussão (Morgan, 1998).

A sessão do FG iniciou com o agradecimento pela presença dos participantes. Foi pedida autorização ao grupo para gravar a sessão, e foi concedida. Seguidamente, o investigador recolheu os dados dos 7 participantes, através do questionário sócio-demografico. A etapa seguinte foi a discussão. O investigador/moderador teve o papel de agente facilitador. Uma das principais tarefas consistiu em apresentar aos membros do grupo explicações claras e objectivas sobre o trabalho a ser desenvolvido durante a sessão. O guião foi essencial na condução da entrevista. Durante a introdução, o investigador/moderador fez uma breve apresentação dos tópicos de discussão e colocou algumas regras básicas, como: evitar conversas laterais, obter a opinião de todos os participantes, evitar sobreposições (um de cada vez). Apresentou-se o primeiro tópico, seguindo-se a discussão até à introdução do segundo tópico, e assim sucessivamente. O envolvimento do investigador/moderador foi baixo. A vantagem do baixo envolvimento é a facilidade que o investigador tem para avaliar o interesse dos participantes, se estes organizam naturalmente as suas discussões em torno da problemática em questão. Em contraponto, os dados decorrentes de um FG com baixo envolvimento do moderador podem ser mais difíceis de analisar (Krueger e Casey, 2000). Terminada a sessão, o investigador voltou a agradecer a participação do grupo.

Profissionais

Após o contacto e consentimento da outra unidade de cuidados continuados², a investigadora procedeu à recolha de dados dos profissionais. A técnica usada foi a entrevista individual, principalmente pela dificuldade em reunir um grupo de profissionais sem alterar a dinâmica institucional e para evitar enviesamentos.

Cada sujeito foi contactado individualmente, e esclarecido sobre os objectivos e natureza do estudo. O EASYcare foi entregue a cada profissional para ser analisado durante uma semana, assim como o guião da entrevista. Em seguida, a investigadora agendou reunião com cada sujeito. O local sugerido para realização das entrevistas foi a sala de reuniões da unidade de cuidados continuados. A duração de cada entrevista foi de, aproximadamente, 30 minutos.

² A tipologia desta unidade de internamento é de Média e Longa Duração, com localização na zona de Coimbra.

Todas as entrevistas seguiram o mesmo protocolo. A entrevista iniciou-se com o agradecimento pelo tempo dispendido na análise do EASYcare. Procedeu-se à obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido e a uma breve explicação sobre objectivos e natureza do estudo, métodos e meios pelos quais seria conduzido. Posteriormente, foram recolhidos os dados sócio-demográficos. A entrevista foi conduzida a partir do guião, que serviu de eixo orientador. Procurou garantir que os sujeitos respondessem às mesmas questões, mantendo um elevado grau de flexibilidade na exploração. Terminada a entrevista, o investigador perguntou se haveria alguma questão acerca do estudo, agradeceu a colaboração e o tempo dispensado.

5.2.3. Amostra

A amostra por conveniência é constituída por dois grupos: i) 7 idosos institucionalizados numa unidade de cuidados continuados de média duração e reabilitação, da zona Norte do país; e ii) 6 profissionais que enquadram a equipa de técnicos de uma outra unidade de média duração e reabilitação, da zona Centro.

Ao seleccionar a amostra procurou-se que esta se adequasse aos objectivos da investigação, e daí a escolha de distintas unidades de cuidados continuados para a recolha dos dados. A esta decisão estão subjacentes dois pressupostos: i) abranger maior número de unidades, o que possibilita uma melhor compreensão da dinâmica da rede de cuidados continuados; e ii) evitar as influências de informação entre os diferentes grupos da amostra.

Seguidamente, são caracterizados os dois grupos da amostra considerando as variáveis: género, idade, estado civil, residência, nível socioeconómico e habilitações literárias. Outras variáveis foram consideradas, especificamente no grupo dos idosos são apresentados os motivos do internamento. No grupo dos profissionais é referenciada a área profissional.

Idosos

Este grupo é constituído por 7 elementos (tabela 1), com idades entre 71 a 85 anos, apenas 1 do género masculino. Relativamente ao estado civil, 4 dos participantes são viúvos, 2 casados e 1 solteiro. Quanto à residência, 5 participantes vivem em zona rural e 2 em zona urbana. O nível socioeconómico do grupo é díspar, através do Índice de Graffar verifica-se que 4 participantes situam-se no nível IV (classe social média-baixa), 2 dos participantes no nível III (classe social média) e 1 no nível V (classe baixa). No que respeita à escolaridade, 3 participantes não frequentaram o sistema de ensino formal,

enquanto que os restantes 4 possuem o 1º ciclo do ensino básico. Entre os motivos de referenciação dos idosos para esta unidade, verifica-se que 2 apresentam doença crónica com agudização, 3 ocorrência de acidente vascular cerebral e 2 fractura, nomeadamente no membro inferior e colo do fémur. Os 7 idosos possuem dependência em actividades da vida diária, necessitam de vigilância e tratamentos complexos, o que justifica a sua institucionalização neste tipo de unidade.

Participante	Género	Idade	Estado civil	Residência	Estatuto socioeconómico (Índice de Graffar)	Habilitações académicas	Referenciação
1 (D. Maria ³)	Feminino	83	Solteira	Urbano	Nível III	1º Ciclo do ensino básico	Fractura membro inferior (queda)
2 (D. Helena)	Feminino	85	Casada	Rural	Nível IV	Não frequentou o sistema de ensino formal	Doença crónica c/ agudização
3 (D. Isabel)	Feminino	81	Viúva	Rural	Nível IV	Não frequentou o sistema de ensino formal	Fractura do colo do fémur (queda)
4 (D. Amélia)	Feminino	79	Viúva	Rural	Nível III	1º Ciclo do ensino básico	AVC (Acidente vascular cerebral)
5 (D. Fátima)	Feminino	71	Viúva	Rural	Nível IV	1º Ciclo do ensino básico	Doença crónica c/ agudização
6 (D. Teresa)	Feminino	85	Viúva	Rural	Nível V	Não frequentou o sistema de ensino formal	AVC (Acidente vascular cerebral)
7 (Sr. José)	Masculino	76	Casado	Urbano	Nível IV	1º Ciclo do ensino básico	AVC (Acidente vascular cerebral)

Tabela 5- Caracterização da amostra: idosos

Profissionais

Este grupo é composto por 6 pessoas (tabela 2), todas do género feminino, com idades compreendidas entre os 23 e os 39 anos. Relativamente à residência, todos residem em contexto rural. Considerando o estado civil, 4 são solteiros, 1 casado e 1 divorciado. Quanto ao estatuto socioeconómico (Índice de Graffar), os 6 participantes situam-se no nível II (classe média-alta). Quanto às habilitações literárias todos detêm o ensino superior. Os profissionais pertencentes à amostra são: 1 fisioterapeuta, 2 psicólogas, 1 assistente social, 1 gerontóloga e 1 enfermeira.

³ Todos os nomes são fictícios.

Sujeitos	Idade	Estado civil	Área Profissional
1 (D. Anabela) ⁴	23	Solteira	Fisioterapeuta
2 (D. Eduarda)	30	Solteira	Psicóloga
3 (D. Maria)	28	Solteira	Psicóloga
4(D. Catarina)	30	Solteira	Assistente Social
5(D. Fátima)	35	Casada	Gerontóloga
6(D. Rosalina)	39	Divorciada	Enfermeira

Tabela 6- Caracterização da amostra: profissionais

5.3. ANÁLISE DE DADOS

Através da análise de dados são produzidos os resultados, para posteriormente serem interpretados pelo investigador (Fortin, 2003). Neste sentido, perante os dados recolhidos, procedeu-se à análise de conteúdo. Segundo Bardin (2008), a análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens. O principal objectivo consiste na manipulação das mensagens, tanto ao nível do seu conteúdo como na expressão, para evidenciar indicadores que permitam inferir sobre uma realidade que não a mesma da mensagem. Bardin (2008) salienta que não existe um único modelo de análise de conteúdo, sendo necessário adequar a técnica de análise ao domínio e objectivos pretendidos no estudo. Desta forma, recorreu-se à técnica de análise categorial. Pela análise categorial o discurso é desmembrado em categorias, sendo o agrupamento organizado através das características nos dados (Bardin, 2008). A mesma autora propõe algumas etapas para a análise de conteúdo: organização, codificação, categorização e interpretação. Ao sistematizar o processo assegura-se a diminuição da variabilidade na interpretação da informação.

Esta análise seguiu um processo de etapas sequenciais, que descrevemos em seguida. Numa primeira fase (organização) foi realizada a audição e transcrição das gravações das entrevistas individuais efectuadas aos profissionais e da entrevista aplicada em FG aos idosos. A cada entrevista foi atribuído um código, para identificar rapidamente cada elemento da amostra. Posteriormente, foi efectuada uma leitura de todas as transcrições, para identificar a informação em análise. Esta primeira fase é crucial, pois o tratamento

⁴ Todos os nomes são fictícios.

dos dados pressupõe a organização dos dados recolhidos, de forma a que sejam analisáveis. Numa segunda fase (codificação), o investigador releu cuidadosamente todas as entrevistas, com a finalidade de definir as unidades de análise. A unidade de análise ou de significado é o elemento do conteúdo a ser submetido posteriormente à categorização. Ao analisar os discursos, o investigador pretendia encontrar um sentido “na descrição das experiências humanas [...] a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência” (Fortin, 2003, p.315). A definição das unidades de análise é dependente dos objectivos em estudo e do tipo de material a ser analisado. Assim, a codificação pretende o desmembramento do texto em unidades de análise. Numa terceira fase (categorização), o investigador agrupou os dados, segundo critérios previamente estabelecidos. Os critérios semânticos foram os considerados, originando categorias temáticas (análise categorial). As categorias em análise foram definidas *a priori*, através dos tópicos propostos no guião da entrevista semi-estruturado. No entanto, as categorias definidas foram revistas (modificadas, suprimidas ou inseridas), em função da análise. E outras emergiram durante a análise categorial. Este processo de sucessivo refinamento contou com 2 juízes independentes: a investigadora e a orientadora. Cada elemento procedeu ao desenvolvimento de quadros de categorização, relativos às categorias associadas à adaptação do instrumento de avaliação multidimensional, o EASYcare. Após discussão as duas juízas chegaram a um consenso.

No momento da definição das categorias empíricas foram tidos em conta os seguintes critérios: homogeneidade; exaustividade (esgotam a totalidade do texto); exclusividade (um mesmo elemento não pode ser classificado em duas categorias diferentes); objectividade (codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais); adequação/pertinência (adaptadas ao conteúdo e ao objectivo do estudo). É importante salientar que a construção da validade das categorias de uma análise de conteúdo, especialmente numa análise qualitativa ocorre ao longo do processo. As categorias definidas *a priori* também atenderam aos critérios mencionados.

Numa última fase (interpretação) o investigador procurou atingir uma compreensão mais aprofundada do conteúdo das mensagens. Na interpretação foram tidos em consideração a escolha e o significado das palavras utilizadas pelos sujeitos, o contexto em que eram utilizadas e a consistência das ideias transmitidas. A interpretação foi realizada através de uma exploração dos significados expressos nas categorias da análise. Dada a natureza qualitativa deste estudo, esta fase constitui um passo imprescindível na análise de conteúdo.

Este método de análise permitiu ao investigador compreender as representações dos sujeitos sobre a sua realidade e a interpretação que fazem dos significados à sua volta. Desta forma, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) das narrativas, articulando com os factores que determinam as suas características (variáveis psicossociais, contexto cultural) (Minayo, 2000).

6. RESULTADOS

O processo de recolha e análise de dados partiu dos objectivos do estudo, que foram a base para a construção do instrumento de recolha de dados – o guião da entrevista. A partir deste guião foi possível orientar as entrevistas, e por conseguinte chegar aos resultados. Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas individuais e *focus group*.

6.1. IDOSOS

Os resultados que a seguir se apresentam foram obtidos através da análise do FG (Anexo 8). A cada participante é atribuído um nome fictício, a fim de garantir a confidencialidade dos dados e tornar mais simples a descrição das narrativas.

Os participantes idosos foram consensuais em não propor alterações, indicando que:

"...está tudo bem." [D. Isabel, 81 anos]

"Acho que está bem." [D. Amélia, 79 anos]

Acrescentam mesmo que contempla todas as áreas da sua vida e necessidades:

" eu acho que está bem (...) pergunta mais ou menos tudo." [D. Maria, 81 anos]

Sobre os procedimentos para a introdução do EASYcare na dinâmica institucional, estes participantes consideram que a aplicação do instrumento deve ser efectuada por alguém com responsabilidade, isto é, com capacidade para os compreender e avançar com medidas efectivas para os ajudar:

"...aplicado por uma pessoa responsável máxima. Não é preciso ser uma pessoa directamente daqui!" [D. Maria, 83 anos]

"Desde que fizessem essas perguntas podia ser qualquer pessoa que entendesse e ajudasse!" [D. Fátima, 71 anos]

Mas, durante a discussão tentam concretizar e fazem várias sugestões. O Sr. José refere que podiam ser os enfermeiros, pois estão muito presentes *"...andam sempre a ver se dói uma coisa, se dói outra. Podiam ser eles a fazer"*. Para a D. Helena e D. Teresa *"podiam ser os médicos, quando nos vêem, não é?!"*; a D. Maria remata dizendo: *"Acho que deviam [ser os médicos], uma médica de vez em quando vir aqui fazer essas*

perguntas". De facto, estas participantes expressam a necessidade da presença mais frequente do médico durante o internamento: "*Precisávamos mais de médicos que cuidassem mais da gente*", como refere D. Helena. Já a D. Amélia sugere "*assistentes sociais... quando a gente vai lá podiam perguntar*".

Somente 1 participante referiu a *admissão* como momento adequado para a aplicação do EASYcare, a D. Maria refere: "*devia ser quando entramos para a instituição...*". Além disso, 5 participantes consideram que o instrumento deve ser utilizado para *monitorizar* o seu estado:

"...de vez em quando ir periodicamente avaliar." [D. Maria, 83]

"...quando nos vêem, não é?!" [D. Helena, 85 anos]

"Acho que é bom fazer de vez em quando estas perguntas" [D. Amélia, 79 anos]

Para a D. Amélia, a aplicação do EASYcare assume grande relevância em momentos de maior *fragilidade*, relatando:

"...geri a minha vida. Agora é que nesta situação já não posso e acho que nestas alturas é que a gente precisa de uma avaliação!"

O fim do internamento é visto com grande preocupação pelos participantes, daí que 3 mencionem a *alta* como momento privilegiado para a aplicação do instrumento:

"Quando sair daqui era bom que me ajudassem, ver o apoio que preciso porque já não falta assim muito tempo!" [D. Fátima, 71 anos]

"Quando a gente lá vai podiam perguntar. Até quando a gente sai daqui!" [D. Amélia, 79 anos]

"...e nós saímos daqui e precisamos de quem nos ajude!" [D. Isabel, 81 anos]

Em relação à *aceitabilidade*, todos os participantes consideram o EASYcare adequado, caracterizando-o como "*acessível*", "*não ofensivo*", "*isto é, reflecte o que acontece na verdade*". O instrumento mostrou-se compreensível, pelos participantes:

"...percebi tudo" [D. Isabel, 81 anos]

"As perguntas percebem-se bem, está acessível" [D. Maria, 83 anos]

"Acho que é fácil de responder" [D. Fátima, 71 anos]

"Eu também concordo com tudo o que está aí escrito. Respondo a tudo"

[D. Teresa, 85 anos]

Durante a discussão a D. Maria realça: *“Cada um é cada um, mas não custa nada responder. Se a pessoa tem dificuldades nisto ou naquilo responde! (...) eu respondia aquilo que posso fazer e que não posso fazer!”*; e a D. Amélia complementa dizendo *“não há nada aqui a ofender-nos, acho que aceitamos bem.”* A D. Teresa remata com a ideia *“era bom que perguntassem mais coisas dessas”*. A avaliação realizada com o EASYcare vai ao encontro das vivências reais dos participantes, como sugere a D. Fátima: *“isto é o que acontece na verdade”*. A satisfação da D. Helena foi evidente *“gostei de responder a estas perguntas”*, assim como a do Sr. José *“é importante existir assim um questionário”*.

A necessidade de ajuda sentida pelos participantes parece quase confundir-se com a aceitabilidade do instrumento: *“Se é para nosso bem, acho muito bem que nos façam essas perguntas para saberem da situação”*. Para D. Amélia o uso do EASYcare é conveniente, se for para ajudar a compreender a sua situação, aquilo que necessita.

Quando questionados sobre os potenciais *benefícios* do instrumento, todos os participantes indicaram impactos positivos. Os seguintes excertos evidenciam as opiniões de 4 participantes:

“Eu acho que isso é bom, isso ajuda-nos.” [D. Isabel, 81 anos]

“É importante, acho que sim. (...) Acho que é benéfico ter isto” [D. Maria, 83 anos]

“Acho que é importante porque nos ajuda. (...) Tem benefícios, pois claro”

[D. Amélia, 79 anos]

“...tudo o que for para nos ajudar é bom” [Sr. José, 76 anos]

Foram vários os benefícios apontados pelos 7 participantes sobre o EASYcare. A D. Maria refere que *“é muito importante a pessoa idosa expressar aquilo que sente ou aquilo que se passa no dia-a-dia. O bem-estar da pessoa é isso!”* Na sua opinião o EASYcare *“junta tudo, vai ao encontro de tudo que a pessoa precisa”*. A capacidade do instrumento ajudar a perceber o que as pessoas necessitam foi outro dos benefícios mencionados por 3 participantes durante o FG:

“Quando sair daqui era bom que me ajudassem, ver o apoio que preciso (...) desde que fizessem essas perguntas. (...) Esse papel ajuda menina, e a minha situação não é fácil!” [D. Fátima, 71 anos]

“Essas perguntas ajudavam, ora bem...a gente quando precisa de alguém precisa de alguém” [D. Maria, 83 anos]

“Pois e olhe que eu preciso!” [D. Teresa, 85 anos]

A necessidade de atenção no cuidado está presente no discurso de 2 participantes, quando referem:

"Gostava que olhassem mais por nós, que fizessem mais destas perguntas." [D. Helena, 85 anos]

"Também convém elas saberem estas coisas, para conhecerem a nossa avaliação. Convinha realmente estarem dentro destes assuntos, e de vez enquanto vir fazer assim uns questionários." [D. Maria, 83 anos]

O Sr. José salienta a importância da atenção médica para o seu bem-estar, associando-a ao uso do EASYcare: *"A saúde é muito importante (...) Quando o médico me vê eu sinto-me bem. Portanto é importante existir assim um questionário."*

De facto os participantes expressam necessidade de atenção e avaliação:

"Precisávamos mais de médicos que cuidassem mais da gente" [D. Helena, 85anos]

"...era bom que perguntassem mais coisas dessas" [D. Teresa, 85 anos]

"Todos nós chegamos a esta altura e precisamos que nos façam a avaliação à nossa saúde ao nosso bem-estar, não é?!" [D. Amélia, 79 anos]

"Ora aqui temos que ter alguém a ajudar-nos" [D. Maria, 83 anos]

Apenas 3 dos 7 participantes mencionam desvantagens. O tempo para aplicação do EASYcare surge como o inconveniente: na perspectiva do Sr. José *"Não há tempo para isso!"*; e a D. Isabel, apesar de compreender que é necessário lamenta que *"demorou um bocadinho a ler. Mas tudo se faz, não é?"*. Apesar de a D. Amélia considerar que o EASYcare avalia o seu bem-estar, lamenta que não lhe possa ser aplicado, uma vez que não está implementado neste contexto: *"Pode é já não chegar para mim!"*. No entanto, compreende que a sua contribuição é importante, afirmando *"...pelo menos para os outros que precisem"*.

Durante o FG emergiram outros assuntos, que reflectem as necessidades destes idosos, as quais destacamos. D. Maria relata que *"há ocasiões em que os apoios são um bocadinho demorados"* e o Sr. José explica que *"não há tempo para fazer tudo...hoje em dia é assim!"* e salienta *"Mas se eles não fazem mais é porque não podem! Não há tempo para isso"*. A demora no apoio quando estão na instituição e solicitam alguma coisa é relatada por ambos como uma preocupação, que influencia o seu bem-estar durante o internamento: *"Isso mexe muito com o sistema nervoso...mas elas (auxiliares) não podem"* [D. Maria, 85 anos]. Esta demora no apoio expressa a necessidade dos idosos em receber atenção por parte dos serviços.

A preocupação com a saída (alta da Unidade de Internamento) foi outro dos assuntos muito presentes ao longo da discussão. A continuidade do apoio após a alta suscita inquietação nos participantes, e estes salientam a sua necessidade:

"Quando sair daqui (...) ver o apoio que preciso porque já não falta assim muito tempo. (...) Como não tenho ninguém, preciso que me ajudem" [D. Fátima, 71 anos]

"Pois, não sei como vai ser e o tempo está a acabar" [D. Isabel, 81 anos]

"Pois é! Nós precisamos disto, de estar aqui." [D. Helena, 85 anos]

"...não está em casa porque está sozinha" [D. Maria, 85 anos]

6.2. PROFISSIONAIS

Através da análise de conteúdo da entrevista individual foram obtidos os seguintes resultados (Anexo 9).

Os 6 profissionais entrevistados propõem *alterações* ao EASYcare: reformulam, acrescentam e retiram questões. O objectivo destas alterações é tornar o instrumento mais simples, rápido e exequível na sua aplicação, ao mesmo tempo que permite a recolha da informação essencial para a sua intervenção.

As *reformulações* propostas referem-se, em alguns casos, a um ajuste de tradução e adaptação à cultura portuguesa. Noutros, pretendem alterar e adequar as opções de resposta em algumas questões.

Na secção *Informação pessoal*, a gerontóloga e a técnica de serviço social (TSS) sugerem que a questão 1.6 "Em geral como caracteriza as suas finanças no fim do mês?" deve ser reformulada para permitir uma melhor compreensão: *"Em geral como caracteriza o seu rendimento mensal?"*.

No domínio *Cuidar de Si*, todos os profissionais entrevistados reformularam as opções de resposta às seguintes questões: 2.1. "Consegue cuidar da sua aparência pessoal?"; 2.3. "Consegue lavar as mãos e a cara?"; e 2.4. "Consegue utilizar a banheira ou o duche?". O EASYcare em análise contempla as opções: sem ajuda e precisa de ajuda. As alterações sugeridas propõem as opções: *sem ajuda, preciso de ajuda parcial, preciso de ajuda total*. Ainda neste domínio a gerontóloga, a psicóloga x e a enfermeira reformularam as opções de resposta à questão 2.11. "Tem acidentes com a sua bexiga?": não tem acidentes, tem acidentes ocasionais, acidentes frequentes ou precisa de ajuda com algália. A alteração proposta pretende reformular uma das opções: *acidentes*

frequentes ou precisa de ajuda com algália ou fralda. As respostas à questão 2.12 “Tem acidentes com os seus intestinos?”: não tem acidentes, tem acidentes ocasionais, acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister, também foram alteradas pelas psicólogas e gerontóloga. As 2 profissionais sugerem a reformulação da seguinte opção: *acidentes frequentes ou precisa de medicação para a obstipação*.

Em cada domínio, o EASYcare possibilita a anotação de comentários que sumariam os problemas identificados, a importância e soluções para a sua resolução. No entanto, na opinião de todos os profissionais a questão “Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?” deve ser reformulada para “*O que podemos fazer para resolver os problemas identificados?*” ou “*Há algum auxílio que lhe possamos prestar para ajudar na resolução dos problemas identificados por si?*”. A denominação da folha de registo “História Médica” foi alterada para *História clínica*, com concordância dos 6 profissionais.

Ao *acrescentar*, os profissionais procuram completar informação que acham ser necessária para avaliar o idoso, neste contexto.

Na secção *Informação Pessoal*, todos os profissionais incluem a *data de nascimento* (em vez de apenas a idade como consta no instrumento apresentado). Esta informação é relevante para o acompanhamento do idoso durante o internamento: testa a sua orientação temporal; útil para eventuais aniversários. Relativamente à área de residência, a TSS sugere a inclusão da resposta *não aplicável*, pois pode tratar-se de um sem-abrigo. Esta questão apenas contemplava as respostas: rural e urbano. Ainda no registo da informação pessoal, a gerontóloga e a TSS incluem outros números de identificação (SNS, NIF, BI), para além do que constava no instrumento em análise (Nº beneficiário).

No domínio *Visão, Audição e Comunicação*, os 6 profissionais sugerem que se inclua o “*Porquê/causa?*” na questão 1.1 “Consegue ver?” e 1.2 “Consegue ouvir?”, no caso de o idoso responder negativamente. Esta informação permite identificar a origem do problema e, se possível, intervir no sentido de minimizar o impacto, justificam os profissionais. Para além disso, dá uma informação detalhada da vida do idoso que pode ajudar a compreender outras circunstâncias da sua vida, como por exemplo, a restrição na participação de actividades sociais devido a estas dificuldades.

No domínio *Mobilidade* todos os profissionais propõem incluir a questão: “*Que meios utiliza para se deslocar?*”: nenhum, bengala, tripé, muletas, cadeira-de-rodas, outros. Com esta questão pretendem conhecer as ajudas técnicas de que dispõem para auxiliar a marcha. Ainda neste domínio, os 6 profissionais sugerem que se inclua o “*Porquê/Causa?*” na questão 3.5. “Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?”, no caso de

o idoso responder positivamente. Na perspectiva dos profissionais, esta informação permite identificar a causa da queda, o que possibilita intervir no sentido de evitar a reincidência.

No domínio *Segurança*, 4 profissionais (gerontóloga, 2 psicólogas e enfermeira) recomendam que se “*especifique o motivo*” nas questões 4.1 “Sente-se seguro dentro da sua casa?” e 4.2. “Sente-se seguro fora da sua casa?”, no caso de resposta negativa. Da mesma forma propõem que se “*especifique em que situação*” na questão 4.3 “Já alguma vez se sentiu ameaçado(a) ou assediado(a) por alguém?”, no caso de resposta afirmativa. Ao especificar o motivo e a situação nas questões anteriormente referidas, os profissionais conseguem compreender a(s) causa(s) que leva(m) a tal sentimento de insegurança. A última alteração neste domínio é relativa à questão 4.5 “Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?”, que sugere *especificar quem é a ajuda*, no caso de resposta afirmativa. Esta informação permite conhecer a rede de suporte social do idoso.

No domínio *Habilidades e Finanças*, 3 profissionais (gerontóloga, TSS e psicóloga) sugerem que na questão 5.1 “De uma forma geral está satisfeito(a) com a sua habitação?” é necessário especificar “*o que alterava?*”, no caso de resposta negativa. Isto permite identificar as necessidades, na perspectiva do idoso. Assim como *justificar o “porquê?”* na questão 5.2 “Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?”, no caso de resposta negativa. A inclusão desta informação ajuda a perceber qual a limitação nesta actividade, se é relativa à sua falta de autonomia e/ou dependência.

No domínio *Saúde Mental e Bem-estar*, todos os profissionais indicam que na questão 7.1 “Consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades que são importantes para si?” é fundamental *especificar quais as actividades*, no caso de resposta afirmativa. Na opinião de todos, seria uma mais-valia se este domínio contemplasse os itens do instrumento Mini Mental State (MMS). Esta informação permite fazer uma avaliação ao estado cognitivo do idoso, de uma forma rápida e simples. Avalia a vertente de orientação, retenção, atenção, cálculo, evocação e linguagem.

Ao *retirar*, os profissionais procuram eliminar informação que acham desnecessária para avaliar o idoso, neste contexto.

Para o instrumento não ficar tão extenso, todos os profissionais sugerem retirar as questões “*Que problemas foram identificados?*” e “*Qual a importância que têm para si?*”, nos comentários de cada domínio. Os problemas já são identificados ao longo da

aplicação do instrumento, sendo possível realizar a sua síntese no Sumário da Avaliação. Na perspectiva da fisioterapeuta, o domínio *Segurança e Manter-se Saudável* podem ser retirados do instrumento. Estes domínios são “*menos relevantes face às necessidades do idoso neste contexto*”. Assim, simplifica o instrumento e avalia o necessário.

Quando questionados sobre os *procedimentos* para a introdução do EASYcare na instituição, as opiniões dos profissionais foram divergentes.

A TSS e as psicólogas consideram que o instrumento poderá ser aplicado “*por qualquer profissional ligado à área da saúde ou social com capacidades para tal*”. Para os outros 3 profissionais (gerontólogo, enfermeiro e fisioterapeuta) a aplicação do EASYcare deve ser realizada pelo gerontólogo, psicólogo e/ou TSS:

“Deve ser aplicado por um gerontólogo ou por psicólogos. Funciona bem aplicar juntamente com a Técnica Superior de Serviço Social.” [gerontóloga]

“...pelo Psicólogo, gerontólogo e também pela técnica da área social” [enfermeira]

“ou pelas psicólogas, gerontóloga ou técnica de serviço social” [fisioterapeuta]

Os 6 profissionais entrevistados sugerem que o EASYcare deve ser aplicado na presença do “paciente, se apresentar condições psíquicas para responder” e do “principal prestador de cuidados informal e/ou quem o paciente considerar importante.”

Quanto ao momento da aplicação, todos referem “a admissão” para efectuar uma primeira avaliação. Posteriormente, o EASYcare pode ser aplicado “periodicamente, durante o internamento”, segundo 4 profissionais (gerontóloga, TSS, psicóloga y e fisioterapeuta). A “alta do utente” é outro dos momentos referenciados, na opinião das psicólogas e fisioterapeuta. Já a gerontóloga e a TSS referem que “sempre que se ache necessário, por motivos de alguma alteração (social, clínica...) é pertinente proceder à avaliação usando o EASYcare”.

Relativamente à *aceitabilidade*, todos os profissionais entrevistados consideram o EASYcare apropriado para a avaliação multidimensional geriátrica. Na perspectiva da TSS “*o instrumento seria sem dúvida uma mais-valia para qualquer instituição*”, a psicóloga y considera-o “*muito bom*” e a fisioterapeuta refere que “*a sua especificidade ajuda a perceber mais detalhadamente a vida do utente*”.

Na opinião da gerontóloga, a aceitabilidade do EASYcare “*depende de utente para utente, é uma população muito heterogénea*”. No entanto, a TSS e a psicóloga x afirmam que “*numa entrevista bem conduzida os itens respondem-se com facilidade*”.

Alguns dos profissionais (TSS, Psicóloga y, enfermeira) mencionam que o EASYcare "é muito mais específico que o próprio IAI, que está a ser aplicado de momento na instituição" [Psicóloga y]. A enfermeira alerta para o seguinte: "O IAI apresenta muitas limitações, e é o instrumento que utilizamos neste momento para avaliar os idosos."

Apesar de todos os profissionais referirem impactos positivos, a fisioterapeuta e a psicóloga y ressaltam que a aplicação do EASYcare "poderá, em alguns casos, levar à saturação do idoso", no caso de ser realizada num só momento.

Todos os entrevistados apontaram *benefícios* ao EASYcare, caracterizando-o como "muito completo" [psicóloga y], o que segundo a TSS "permite conhecer o utente como um todo, a nível biopsicosocial". A gerontóloga afirma que a sua aplicação é vantajosa pois "quem lê o EASYcare praticamente visualiza o utente, é um espelho", acrescentando que o profissional fica "com uma visão holística do utente". Para a enfermeira o EASYcare "é uma mais-valia para conhecer a evolução do utente", o que se torna essencial no contexto das unidades dos cuidados continuados. Um dos grandes benefícios é possibilitar "uma informação mais detalhada do utente", diz a fisioterapeuta.

Na perspectiva dos 6 profissionais "a pontuação de independência é bastante útil" pois "ajuda no plano de cuidados". Todos referiram esta pontuação como uma das vantagens do instrumento.

A psicóloga y e a fisioterapeuta valorizam a avaliação do risco de quedas como "um dos factores que devemos ter em conta em muitas situações que nos aparecem aqui". A psicóloga x destaca que "o sumário da avaliação, ajuda muito". Já a gerontóloga alerta que "a história clínica é muito importante, e falta muitas vezes esta informação sobre os utentes da rede dos cuidados continuados". Acrescenta ainda como vantagem "a informação sobre as admissões recentes em internamento hospitalar". A enfermeira também refere que "conhecer a história clínica é essencial para a avaliação do utente", assim como a TSS "registo importante". Como indica a gerontóloga, a partir do EASYcare "consegue-se delinear um plano individual de cuidados mais adequado" que na perspectiva da TSS "permite uma avaliação multidimensional do utente, o que irá conduzir a resultados mais eficazes na intervenção". A psicóloga y reflecte: "temos que pensar que nos cuidados continuados temos pessoas cada vez mais dependentes e convém acautelar as suas necessidades", o que pressupõe uma correcta avaliação.

Apenas a psicóloga x não mencionou qualquer desvantagem do instrumento. Na perspectiva da TSS: "o tempo e a disponibilidade dos utentes por vezes não possibilitam responder a estas questões". As rotinas impostas pela dinâmica institucional, a

reabilitação nas diferentes áreas, são factores que condicionam o tempo que cada idoso dispõe para proceder à avaliação. Daí esta necessitar de ser faseada. A gerontóloga descreve-o como *"muito extenso e pode tornar-se exaustivo, mas a vida de uma pessoa não se pode reduzir a uma página"*. Já a fisioterapeuta receia que possa acontecer *"saturação do utente e/ou do cuidador informal e até do próprio avaliador"*. Na opinião da psicóloga y, o instrumento é *"completo mas muito longo"* e segundo a enfermeira *"...deve necessitar de tempo para o preencher"*.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à interpretação e discussão dos resultados, considerando os fundamentos teóricos e os objectivos. O carácter qualitativo do estudo permitiu aceder ao universo simbólico dos idosos e profissionais, pois deu a conhecer as suas percepções acerca do EASYcare. Os resultados em discussão não são generalizáveis, constituem uma primeira abordagem para compreender o impacto do instrumento na avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados. É, por isso, um estudo precursor que poderá ajudar à realização de outros, nomeadamente à validação deste instrumento para o contexto de cuidados continuados. Com esta discussão pretende-se reflectir e analisar os dados mais relevantes, e espera-se contribuir para a adaptação do EASYcare.

7.1. IDOSOS VERSUS PROFISSIONAIS

Uma abordagem holística do processo de envelhecimento implica uma intervenção e envolvimento de todos os intervenientes incluídos no acto de cuidar, nomeadamente, o idoso, a família, os cuidadores formais e informais, os profissionais, a estrutura organizacional e a comunidade em que o idoso está inserido (Berger e Mailloux-Poirie, 1995). Neste estudo foram auscultados dois dos núcleos fundamentais implicados no acto de cuidar: os idosos e os profissionais. Um dos elementos mais transversais nos vários países que usaram o EASYcare indica que profissionais e idosos "vêem" os problemas do idoso de maneira diferente. Os profissionais valorizam os problemas individuais enquanto os idosos enfatizam os factores sociais (Bath e Philp, 1998). Este dado reforça a necessidade de ouvir os futuros utilizadores do instrumento e considerar a sua perspectiva no processo de adaptação, para além dos profissionais.

Tanto os profissionais como os idosos mencionam a capacidade do EASYcare ajudar a perceber o que os utentes necessitam, numa perspectiva holística. Ambos os grupos expressam a necessidade de atenção e avaliação durante o internamento, nestas unidades. Também é consensual que o factor tempo possa constituir uma limitação neste tipo de avaliação. Para além das similaridades, ao longo da análise dos dados emergiram diferentes perspectivas entre os dois grupos. Enquanto os profissionais sugerem várias alterações ao instrumento, os idosos consentem a versão apresentada.

7.1.1. Aceitabilidade

Conhecer e promover a aceitabilidade do EASYcare, na perspectiva dos idosos e profissionais, possibilita a sua adaptação e torna mais viável a sua utilização nas unidades de cuidados continuados. Os dados sugerem que idosos e profissionais consideram o EASYcare adequado para a avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados. A satisfação manifestada por todos os participantes (profissionais e idosos) relativamente ao EASYcare, indicia a necessidade de uma avaliação mais sistemática nestas unidades, que permita uma abordagem de cuidados de saúde e de apoio social e oriente o PII da pessoa idosa.

Esta satisfação é expressa de distintas formas nos diferentes grupos. Os idosos realçam que *“é importante existir um questionário”*, enfatizando a necessidade de ajuda, que parece quase confundir-se com a aceitabilidade do EASYcare. Os profissionais destacam a especificidade do EASYcare e comparam-no com o IAI, distinguindo positivamente o EASYcare como instrumento a usar na avaliação dos idosos nesta tipologia de unidade. Destacam-no como uma mais-valia para conhecer a evolução do utente, possibilitando uma descrição global das suas necessidades, tal como este as percepciona. O que vai ao encontro das vantagens do EASYcare, mencionadas por Figueiredo e Sousa (2001).

Os resultados sugerem que o instrumento é compreensível para profissionais e idosos. A linguagem usada no instrumento é simples e directa, o que o torna *“acessível”*. A única nota de precaução é colocada por dois profissionais (fisioterapeuta e psicóloga), que por considerarem o EASYcare extenso, alertam para uma possível saturação do idoso. Neste sentido, referem que a sua aplicação pode levar demasiado tempo, o que não é benéfico considerando a situação de saúde dos utentes. Contudo, a experiência no uso do EASYcare noutros contextos (por exemplo, cuidados primários) revela que em média a aplicação demora 30 a 40m. Além disso, essa possível saturação pode ser evitada realizando a aplicação em vários momentos (Figueiredo e Sousa, 2001). O tempo de aplicação pode variar em função do utente, dependendo das suas necessidades, alguns podem precisar de falar mais. Nestes casos, é a necessidade do utente que leva a alongar o momento da avaliação, e por isso não é saturante para os mesmos. Como refere a gerontóloga *“...a vida de uma pessoa não se pode reduzir a uma página”*, o que reflecte a aceitação do instrumento. Na opinião da TSS e da psicóloga *x “numa entrevista bem conduzida os itens respondem-se com facilidade”* (psicóloga x). O profissional pode alterar a formulação das questões para facilitar a compreensão pela pessoa idosa, não sendo necessária a adesão estrita ao protocolo (Figueiredo e Sousa, 2001).

7.1.2. Alterações

A reformulação do EASYcare pretende responder às necessidades de avaliação geriátrica institucional, especificamente das unidades de cuidados continuados. Os idosos foram consensuais em não sugerir modificações ao instrumento, afirmando que “está tudo bem”. Para os seis profissionais, o EASYcare necessita de alterações para ser viável o seu uso nos cuidados continuados. Assim, reformularam, acrescentaram e eliminaram questões. Vejamos as principais alterações e o impacto na adaptação do instrumento.

- As opções de resposta a algumas questões foram reformuladas, especificamente no domínio Cuidar de Si, no sentido de adequar as respostas, para obter informação mais completa das necessidades do idoso. Por exemplo, na questão 2.3 "Consegue lavar as mãos e a cara?" as opções de resposta são: sem ajuda ou com ajuda. Na perspectiva dos profissionais é importante alterar para: *sem ajuda, precisa de ajuda parcial, precisa de ajuda total*. Esta especificação permite definir melhor o tipo de apoio necessário.
- Outra alteração em concordância foi reformular a questão “Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?” para “*O que podemos fazer para resolver os problemas identificados?*” ou “*Há algum auxílio que lhe possamos prestar para ajudar na resolução dos problemas identificados por si?*”. Na opinião dos profissionais, uma vez detectados os problemas ao longo do instrumento, não faz sentido perguntar se “*precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?*”, mas “*o que podemos fazer?*”. Esta alteração reflecte o desrespeito pela vontade do utente, pois pode não querer fazer nada para resolver os seus problemas. O primado da vontade individual ou «princípio da liberdade de escolha» é um direito e um dever que assiste às pessoas idosas e/ou em situação de dependência. Esta é uma norma de qualidade para os serviços e equipamentos que trabalham a favor do seu bem-estar (Instituto para o Desenvolvimento Social, 2002).
- Os 6 profissionais acrescentam alguma informação ao EASYcare para complementar a avaliação, nomeadamente nos seguintes domínios: Visão, Audição e Comunicação; Mobilidade, Segurança, Habilitações e Finanças; e Saúde Mental e Bem-estar. Por exemplo, no domínio Segurança, a questão 4.1 “Sente-se seguro dentro da sua casa?” não permite especificar o motivo, no caso de resposta negativa. Todos os profissionais consideram que é importante conhecer o motivo da insegurança, para intervir e solucionar o problema.

- A informação eliminada é, na óptica dos profissionais, dispensável na avaliação do idoso neste contexto. Assim sugeriram retirar as questões “Que problemas foram identificados?” e “Qual a importância que tem para si?”, em todos os domínios. Realçam neste sentido, a importância do Sumário da Avaliação para registar esta informação. Ou seja, retiram o contributo do idoso durante a avaliação, ao substituí-la pelo sumário. Desta forma, ocorre uma diminuição da participação do utente na avaliação. Neste sentido, importa realçar que participar não é apenas dar opinião é, acima de tudo ter acesso à informação, decidir optando, é ser autónomo e interdependente (Instituto para o Desenvolvimento Social, 2002).

7.1.3. Benefícios e Desvantagens

O EASYcare é considerado facilitador da intervenção, atendendo aos benefícios apontados pelos profissionais e idosos. Apesar de expressarem de forma distinta as vantagens, profissionais e idosos reconhecem a sua relevância nos cuidados continuados. A este nível emergem duas perspectivas: i) o profissional, muito técnico e interventivo; e ii) o idoso/utente a assumir a necessidade de atenção no cuidado. Por um lado, os profissionais salientam que o EASYcare permite conhecer o idoso como um todo, a nível biopsicossocial, caracterizando o instrumento como muito completo. Através desta avaliação, reconhecem que possibilita delinear o plano individual de cuidados, e conduzir a resultados mais eficazes na intervenção. Numa outra perspectiva, os idosos referem que o EASYcare ajuda a compreender as suas necessidades, e por isso *“vai ao encontro de tudo o que a pessoa precisa”* (D. Maria). Estes expressam a necessidade de atenção e avaliação, realçando a importância desta avaliação: *“Gostava que olhassem mais por nós, que fizessem mais destas perguntas”* (D. Helena).

Outro aspecto relevante refere-se à pontuação de independência, bastante útil na perspectiva de todos os profissionais. No contexto dos cuidados continuados é importante aferir o nível de (in)dependência do idoso, no entanto esta valorização dos profissionais relativamente a esta pontuação revela um dos estereótipos mais comuns em relação aos idosos. A estreita relação entre dependência e idade é uma concepção muito demarcada na sociedade contemporânea, reforçando as representações sociais negativas existentes acerca do envelhecimento. No entanto, a maioria das pessoas idosas encontra-se funcional, sem limitações e integradas na sociedade (Sousa e Figueiredo, 2003).

A história clínica também é um dos benefícios apontados, pois possibilita registar informação que *“falta muitas vezes sobre os utentes da RNCCI”* (gerontóloga). Um dos idosos menciona a importância da atenção médica no seu bem-estar, associando-a ao uso do EASYcare e ao registo da história clínica na avaliação. No entanto, para além do registo é importante que a informação seja, efectivamente, utilizada.

Relativamente às desvantagens, profissionais e idosos referem o tempo como possível limitação para a aplicação. Segundo os idosos *“não há tempo para isso”* (Sr. José), *“mas tudo se faz”* (D. Isabel). Na perspectiva dos idosos, os profissionais não têm tempo para realizar este tipo de avaliação. O que revela que a organização e funcionamento dos serviços de saúde não se encontram adaptados às actuais necessidades da população idosa (Direcção-Geral da Saúde, 2006).

7.1.4. Procedimentos para a incorporação na instituição

Os participantes referiram-se também aos procedimentos para a integração do EASYcare no protocolo de avaliação geriátrica multidimensional dos cuidados continuados: *por quem? na presença de quem? quando?*

Na análise dos resultados emerge alguma distinção entre as perspectivas dos profissionais de saúde e da área social. Os profissionais tiveram opiniões divergentes quanto à pessoa responsável pela aplicação. Os profissionais com formação mais em saúde (gerontólogo, enfermeira e fisioterapeuta) referem que a aplicação deve ser realizada pelo gerontólogo, psicólogo e/ou TSS, i.e. os profissionais de saúde acham que a aplicação deve ser realizada pelos profissionais da área social. O que indica que associam a avaliação multidimensional às funções do profissional da área social. Os profissionais da área social (TSS e psicólogas) validam a avaliação por qualquer profissional de saúde ou acção social com capacidades para a sua execução. O carácter instrumental que caracteriza (tradicionalmente) a actuação dos profissionais de saúde (Mcdaniel, Heptworth e Doherty, 1992) pode justificar estes resultados. Ou seja, delegam a abordagem multidimensional para uma actuação mais social. Por outro lado, também nomeiam o gerontólogo como potencial avaliador. Apesar da sua formação em saúde, este profissional detém um conhecimento holístico do idoso, o que os leva a considerar a sua actuação como integradora de cuidados. O gerontólogo estabelece a ligação entre as diferentes áreas, saúde e social, integrando-as e complementando a sua avaliação. Durante a análise do EASYcare a gerontóloga assume uma perspectiva intermédia, por vezes é consensual com os profissionais da área saúde, no entanto a sua opinião é tendencialmente em concordância com a área social.

Perante estes dados, será importante reflectir a actuação dos diferentes profissionais na prestação de cuidados. A interacção dos profissionais de saúde e da área social evidencia algumas dificuldades, que advêm das diferentes formas de intervenção. Estas são resultantes de uma diferente formação, linguagem, modelos teóricos e cultura profissional, que tradicionalmente dificultam a colaboração e a integração (Mcdaniel, Heptworth e Doherty, 1992). De facto, se a diferença não for reconhecida, impede o trabalho em equipa. Enquanto a actuação dos profissionais de saúde é orientada para acção, os da área social têm um estilo profissional orientado para o processo. A linguagem dos profissionais de saúde é predominantemente biomédica, já a dos profissionais da área social é humanista e sistémica (Mcdaniel, Heptworth e Doherty, 1992). No entanto, é necessário reconhecer que os profissionais de saúde e de área social são parte de um mesmo sistema em que os objectivos e recursos devem ser partilhados. A actuação multidisciplinar, em equipa, é indispensável neste tipo de serviços (UMCCI, 2007).

A opinião dos idosos está mais próxima da perspectiva dos profissionais da área social. Consideram que a avaliação deve ser efectuada por alguém com responsabilidade, isto é, com capacidade para os ajudar efectivamente. No entanto, durante a discussão fazem várias sugestões: enfermeiros, médicos, assistentes sociais.

Os 6 profissionais foram consensuais quanto às pessoas que devem estar presentes durante a avaliação, indicando o idoso e o principal prestador de cuidados informal e/ou quem o idoso considerar relevante. Contudo, esta sugestão pode ser discutida a nível legal, pois o envolvimento dos familiares da pessoa idosa no seu projecto de vida deve depender da vontade do interessado. Tendo por base a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, e citando o artigo 10º *Vida privada e direito à informação*: “Qualquer pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada no que toca a informações relacionadas com a sua saúde.” (nº 1). Assim, o principal cuidador e/ou outro elemento significativo pode estar presente no momento da avaliação, se o idoso o consentir. No caso de o idoso autorizar a partilha de informação é possível criar um envolvimento do idoso e familiares/cuidadores informais na avaliação das suas necessidades e, consequentemente, na elaboração do PII. Tendo em conta que uma das finalidades do EASYcare é, precisamente, a de identificar o que a pessoa idosa quer, estas indicações devem ser cumpridas de forma a respeitar os interesses do idoso. Neste sentido, é importante que as respostas às suas necessidades, isto é, que a decisão de intervenção/apoio seja partilhada pelo técnico e pela pessoa idosa (Bath e Philp, 1998).

Assim, com a participação do idoso na própria avaliação será mais fácil adequar e personalizar os serviços prestados.

Relativamente ao momento de aplicação, idosos e profissionais mencionam as mesmas circunstâncias para a realização da avaliação neste contexto: admissão, monitorização, alterações das circunstâncias e alta. Figueiredo e Sousa (2001) recomendam que o EASYcare seja utilizado nestas mesmas circunstâncias. O momento da admissão foi referido por todos os profissionais e 1 idoso como prioritário na avaliação. A monitorização foi referenciada por 5 idosos e 4 profissionais. Neste contexto, o acompanhamento é bastante valorizado, pois a reabilitação, um dos grandes objectivos das unidades de cuidados continuados de média duração, depende dessa continuidade. Os momentos de fragilidade ou alteração das circunstâncias foram apontados por 1 idoso e 2 profissionais. Profissionais e idosos reconhecem a alta como uma das circunstâncias essenciais para se proceder à avaliação, dada a necessidade de readaptação e reinserção pós-institucionalização.

Ao abordar os procedimentos e as diferentes perspectivas dos profissionais, importa realçar a actuação do gerontólogo no contexto dos cuidados continuados. Apesar de ser um profissional recente no mercado de trabalho, especialmente no âmbito dos cuidados continuados, a sua função deve ser considerada pois é uma mais-valia para equipa de profissionais. Ao gerontólogo compete perceber as dinâmicas das diferentes variáveis biopsicosociais que influenciam a qualidade de vida do idoso e da sua família, para que possa realizar a avaliação, o planeamento e monitorização dos planos individuais e globais de intervenção. O gerontólogo constitui-se como gestor de casos, tanto a nível comunitário como institucional, colaborando numa perspectiva interdisciplinar na gestão dos serviços. Especificamente durante a avaliação multidimensional, o gerontólogo possui a aptidão para orientar, em conjunto com o idoso, possíveis alternativas aos problemas apresentados. Tem competências para acompanhar e/ou encaminhar os idosos em situações agudas, reabilitação e morte (Figueiredo *et al.*, 2004). Dado o seu conhecimento holístico, o gerontólogo tem capacidade para colaborar com as unidades de cuidados continuados, no sentido da qualidade dos serviços prestados.

7.2. LIMITES E PERSPECTIVAS DE PESQUISA

Apesar de o estudo assegurar o máximo rigor metodológico, é necessário reflectir sobre eventuais limitações. Relativamente à amostra, o estudo limitou-se a duas Unidades de

cuidados continuados para analisar o EASYcare. Apesar de o estudo ser exploratório, seria benéfico alargar a outras unidades para compreender melhor o seu funcionamento e forma como operacionalizam a avaliação. Desta forma, os resultados não são generalizáveis, pois a amostra não é representativa. Em cada unidade, o número de participantes entrevistados também foi limitado. Para uma validação do EASYcare neste contexto, na perspectiva dos profissionais e idosos, será necessária a saturação dos dados dos profissionais. Ou seja, realizar mais entrevistas para obter mais dados. Assim, a realização de apenas 1 FG e 6 entrevista individuais é o início do processo de adaptação do instrumento.

Quanto aos métodos de recolha dados, o uso técnicas distintas para profissionais e idosos poderá levantar algumas questões metodológicas. A entrevista individual assegurou um maior controlo da informação por parte do investigador, o FG permitiu menor profundidade mas mais informação e discussão. Contudo, é possível a conciliação de metodologias, pois uma pode suprir a falha da outra e beneficiar das suas vantagens (Morgan, 1998).

Em próximos estudos, estas limitações devem ser colmatadas e ainda consideradas as propostas seguintes. Sugere-se a realização de estudos sobre a mesma temática em mais unidades da RNCCI. Ainda neste contexto, poderá ser interessante efectuar um estudo comparativo entre a aplicação do IAI e do EASYcare.

Propõe-se que o estudo seja alargado a outras respostas sociais para idosos com carácter de internamento, como por exemplo lares. Além disso, seria enriquecedor combinar o método qualitativo com o quantitativo, o que poderá contribuir para o enriquecimento da análise e melhor adaptação do instrumento.

8. CONCLUSÃO

Compreender e interpretar fenómenos, a partir dos seus significados e contexto, são tarefas da produção do conhecimento. A abordagem qualitativa permitiu uma visão abrangente das perspectivas de potenciais futuros utilizadores (idosos e profissionais). Ambos forneceram um enfoque diferenciado, que permitiu compreender melhor a realidade da avaliação multidimensional geriátrica nas unidades de cuidados continuados.

8.1. O EASYCARE NOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Os cuidados integrados constituem uma solução/alternativa para a fragmentação e a descontinuidade, características dos sistemas sociais e de saúde. Pretendem criar respostas integradas entre o sector social e de saúde, em domicílio e ambulatório, para pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados (Dias e Santana, 2009). Estas unidades pretendem que os cuidados configurem respostas ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da evolução das doenças e situações sociais. Daí decorre a necessidade de um instrumento multidimensional que identifique os problemas e oriente intervenções. Na perspectiva dos profissionais, o instrumento de avaliação integrado (IAI) adoptado pela RNCCI é considerado insuficiente para delinear um plano individual de intervenção do idoso. O *score (perfil biopsicossocial)* obtido através da sua aplicação é de difícil interpretação, visto ser um código muito amplo que não traduz as necessidades de intervenção. Assim, os profissionais sentem a necessidade de aplicar outros instrumentos/escalas para complementar esta avaliação. O IAI parece não responder às especificidades da avaliação multidimensional geriátrica, no contexto da unidade de cuidados continuados.

Uma das preocupações dos idosos durante o internamento é a falta de atenção no cuidado: *"Gostava que olhassem mais por nós, que fizessem mais destas perguntas."* (D. Helena). Esta *falha* pode ser colmatada através de uma avaliação sistemática, que sinalize e responda às suas necessidades. A adaptação do EASYcare a este contexto faculta um instrumento que permite avaliar as necessidades e monitorizar a qualidade de vida dos idosos. Ao melhorar a avaliação promove-se a qualidade dos cuidados

prestados. Ao longo do estudo ficou explícito a importância do EASYcare como instrumento de avaliação geriátrica multidimensional, assim como a sua pertinência nas unidades de cuidados continuados. O EASYcare apresenta-se como sistema/modelo integrador de cuidados, que se pretende nestas unidades.

8.2. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO EASYCARE

O EASYcare foi desenvolvido para ser aplicado no âmbito dos cuidados primários, no sentido de ajudar os profissionais a melhorar os apoios que podem facultar às pessoas idosas. Neste momento, está a ser utilizado para avaliar problemas diversificados na população, ajudando a delinear necessidades e objectivos que auxiliem os serviços (Sousa e Figueiredo, 2000). No entanto, o desenvolvimento do EASYcare nos diversos países tem possibilitado a identificação de algumas vantagens e despertado a atenção para necessidades de aperfeiçoamento da escala (Philp, 1997; Philp *et al.*, 1999). Desta forma, este estudo constitui um contributo para o desenvolvimento da aplicação do EASYcare, a nível institucional. Este estudo permitiu um maior conhecimento das necessidades da avaliação multidimensional geriátrica nos cuidados continuados. Com base nesta aprendizagem, e nos resultados obtidos através dos idosos e profissionais, a autora propõe uma versão do EASYcare adaptada a este contexto (Anexo 10).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaro, F. (1990). Escala de Graffar. In A.B. Costa *et al.* (Eds.), *Currículos Funcionais*, IIE, II., Lisboa.
- Aminzadeh, F. (2000). Adherence to recommendations of community-based comprehensive geriatric assessment programmes. *Age and Ageing*, 29, 401-407.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (4ªEd.). Lisboa: Edições 70.
- Bath, P. & Philp, I. (1998). A hierarchical classification of the dependency amongst older people; use of artificial neural networks. *Health Care in Later Times*, 3(1), 59-69.
- Becker, H. (2001). Social impact assessment. *European Journal of Operational Research*, 128 (2): 311-321.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, M. (1995). *Pessoas Idosas - uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta, 595p.
- Bergland, A. & Narum, I. (2007). Quality of Life Demands Comprehension and Further Exploration. *Journal of Aging and Health*, 19(1): 39-61.
- Borgenicht, K., Carty, E., & Feigenbaum, L. Z. (1997). Community resources for frail older patients. *Western Journal of Medicine*, 167, 291-294.
- Byles, J. E. (2000). A thorough going over: evidence for health assessment for older persons. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(2), 117-123.
- Challis, D. & Hughes, J. (2002). Frail old people at the margins of care: some recent research findings. *British Journal of Psychiatry*, 180: 126–30.
- Challis, D., Clarkson, P., Williamson, J., Hughes, J., Venables, D., Burns, A., et al. (2004). The value of specialist clinical assessment of older people prior to entry to care homes. *Age and Ageing*, 33(1), 25-34.
- Dias, A. & Santana, S. (2009). Integrated care: new paradigms in health care. *Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão*, vol.8, no.1, p.12-20.

Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006). *Programa nacional Para a saúde das pessoas idosas*.

Drennan, V.; Walters, K.; Lenihan, P.; Cohen, S.; Myerson, S. & Iliffe, S. (2007). Priorities in identifying unmet need in older people attending general practice: a nominal group technique study. *Family Practice*, 24: 454–460.

Dwyer, S. (2005). Older people and permanent care: whose decision? *British Journal of Social Work*, 35(7): 1081-1092.

Figueiredo, D.; Alvarelhão, J.; Martin, I.; Gonçalves, L.; Magalhães, C. (2004) *Processo de Bolonha: perfil e competências da prática profissional do gerontólogo em Portugal*. Novembro 2004.

Figueiredo, D. & Sousa, L. (2000). *Guia de utilização do EASYcare, alguns aspectos fundamentais a considerar*. Aveiro: Universidade de Aveiro (documento policopiado elaborado no âmbito do Projecto GATT – Geriatric Assessment Technological Training).

Figueiredo, D. & Sousa, L. (2001). EASYcare: um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso. *Revista Geriatria*, nº 130. Janeiro.

Fletcher, A.; Price, G.; Stirling, S.; Bulpitt, C.; Breeze, E.; Nunes, M.; Jones, D.; Latif, N.; Vickers, M. & Tulloch, A. (2004). Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice. *Lancet*, 6-12: 1641-1642.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.

Fortin, M.F. (2003). *O processo de investigação – Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Gama, E.; Damián, J.; Molino, P.; López, M. & Iglesias, G. (2000). Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. *Age & Ageing*, 29(3): 267-270.

Gil, A.C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Gold, S., & Bergman, H. (2000). Comprehensive geriatric assessment revisited... again. *Age and Ageing*, 29, 387-388.

Hogan, D. B., & Fox, R. A. (1990). A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute-care hospital. *Age Ageing*, 19(2),107–113.

Instituto para o Desenvolvimento Social (2002). *Prevenção da violência institucional perante pessoas idosas e pessoas em situação de dependência*. Lisboa: Ministério da Segurança Social e do Trabalho.

Jansen, D. (2006). *Integrated care for Intellectual Disability and Multiple Sclerosis*. University of Griningen, Netherlands.

Kodner, D. & Spreewenberg, C. (2002), Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, vol. 2.

Krueger, R. A. & Casey, M.A. (2000). *“Focus Groups”: A Practical Guide for Applied Research*. (3ªed.) Sage Publications, Inc.

Lopes, M *et al.* (2010). *PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro (Relatório Preliminar)*, Évora.

Matheus, DA (1984). Dra. Marjory Warren and the Origin of British Geriatrics. *J Am Geriatr Soc* , v.32, p.253-258, 1984.

McDaniel, S.; Hepworth, J. & Doherty, W. J. (1992). *Medical family therapy* .New York, Basic Books.

Minayo, M.C.S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7ª ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco.

Morgan, D.L. (1998). *The focus groups guidebook*. Thousand oaks, Sage Publications.

NIH (National Institutes of Health) Consensus Statement (1987), *Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision making*, Oct 19-21; 6 (13):1-21.

Nolan, M. & Caldock, K. (1996). Assessment: identifying the barriers to a good practice. *Health & Social Care in the Community*, 4(2): 77-85.

OMS - Declaração de Alma Ata. In conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, *Alma-Ata*, URSS, 6-12 de Setembro de 1978.

Philp, I. (1997). Can a medical and social assessment be combined? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90 (S32): 11-13.

Philp, I., Armstrong, G., Coyle, G., Chadwick, I. & Machabo, A. (1999). A better way to measure disability in older people. *Age and Aging* (in press).

Philp, I. (2000). EASYcare: a systematic approach to the assessment of older people. *Geriatric Medicine*, 30(5): 290-295.

Philp, I.; Newton, P.; McKee, K.; Dixon, S.; Rowse, G. & Bath, P. (2001). Geriatric assessment in primary care: formulating best practice. *British Journal of Community Nursing*, 6(6): 290-295.

Portugal - Instituto da Segurança Social (ISS). (2007). *Lar Residencial - Gestão da qualidade das respostas sociais*. Lisboa.

Powell, J.; Robison, J.; Roberts, H. & Thomas, G. (2007). The single assessment process in primary care: older people's accounts of the process. *British Journal of Social Work*, 37(6): 1043-1058.

Ramos V. (1994). Problemas éticos da distribuição de recursos para a saúde. *Cadernos de Bio-Ética*. 6:31-43.

René, J.; Melis, M.; van Eijken, J.; Teerenstra, S.; van Achterberg, T.; Parker, P.; Borm, G.; van de Lisdonk, H.; Wensing, M. & Rikkert, M. (2008). Multidimensional Geriatric Assessment (Dutch EASYcare Study). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63:283-29.

Richardson, J. (2001). The EASYcare assessment system and its appropriateness for older people. *Nursing Older People*, 13(7): 17-19.

RNCCI. (2009) *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2008 – Resumo Executivo*.

RNCCI. (2010). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2009)*.

Rubenstein, L. Z., Josephson, K. R., Wieland, G. D., English, P. A., Sayre, J. A., & Kane, R. L. (1984). Effectiveness of a geriatric evaluation unit: results of a randomized clinical trial. *New England Journal of Medicine*, 311(26), 1664-1670.

Rubenstein, L. Z., & Rubenstein, L. V. (1991). Multidimensional assessment of elderly patients. *Advances in Internal Medicine*, 36, 81-108.

Rubenstein, L. Z., Wieland, D., & Bernabei, R. (1995). *Geriatric assessment technology: the state of art*. Milano: Kurtis.

Rubenstein, L. Z. (2004). Comprehensive geriatric assessment: from miracle to reality. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59A(5), 473-477.

Scanlan, B. (2005). The value of comprehensive geriatric assessment. *Care Management Journals*, 6(1), 1-8.

Silva, S. N. e Simões, J. (2009), "Envelhecimento e adaptação das políticas de saúde à estrutura etária da população", *JANUS* 2009.

Sousa, L. & Figueiredo, D. (2000). Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. *Psychologica*, 25, 19-24.

Sousa, L. & Figueiredo, D. (2002). Dependence and independence among old persons – realities and myths. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12: 269-273.

Sousa, L. & Figueiredo, D. (2003). (In)dependência na população idosa – um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*, 33, 109-122.

Sousa, L.; Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos – um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3): 364-371.

Stewart, K.; Challis, D.; Carpenter, I. & Dickenson, E. (1999). Assessment approaches for older people receiving social care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14: 147-156.

Stuck, A.; Elkuch, P.; Dapp, U.; Anders, J.; Iliffe, S. & Swift, C. (2002). PRO-AGE pilot study group. Feasibility and yield of a self-administered questionnaire for health risk appraisal in older people in three European countries. *Age Ageing*, 31: 463–467.

Swift, C. (2001). Care of older people: Falls in late life and their consequences implementing effective services. *British Medical Journal*, 322, 855-857.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007) – *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009) - *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010) - *Avaliação Biopsicossocial através do Instrumento de Avaliação Integral (IAI)*.

Veríssimo, M. T. (2005). Envelhecimento e Actividade Física. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física* (30/31), 29-40.

Williamson, J.; Stokoe, I.; Gray, S.; Fisher, M.; Smith, A. & McGhee, A. (1964). Old people at home: their unreported needs. *Lancet*, 1117–1120.

Legislação

Decreto-Lei n.º 101/2006. Diário da República, 109, Série I-A de 6 de Junho.

Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade n.º 407/98, Diário da República, Série II de 18 de Junho.

ANEXO 1. EASYCARE



EASY-Care Standard

Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas

Acerca da sua avaliação

Esta avaliação visa analisar as suas principais necessidades e prioridades relativamente à saúde e processo de cuidados. O preenchimento desta avaliação será efectuado com a ajuda de um profissional de saúde ou de acção social. Se desejar, também pode solicitar o envolvimento de um membro da sua família ou de outra pessoa relevante para si. No início pode registar os dados sobre si e sobre o motivo pelo qual está a ser avaliado. Durante a avaliação ser-lhe-ão feitas perguntas relativamente a:

Visão, audição e comunicação

Cuidar de si (auto-cuidado)

Mobilidade

Segurança

Local de residência e finanças

Manter-se saudável

Saúde mental e bem-estar

Outras informações que considere importantes.

À medida que vai preenchendo esta avaliação pode registar os problemas identificados, a importância que têm para si, se considera necessário intervir e o que espera que mude com a avaliação. Os profissionais de saúde ou de acção social poderão fazer mais perguntas para identificar a necessidade de intervenção ou encaminhamentos.

A informação registada será utilizada por si e pelos profissionais envolvidos no seu cuidado para a definição de um plano com o propósito de melhorar a sua saúde, independência e bem-estar. Este incluirá pormenores sobre os serviços a serem prestados, os encaminhamentos e as intervenções que você ou os seus cuidadores concordarem em tomar. Tem direito a guardar uma cópia da sua avaliação e ser-lhe-á pedida autorização para que esta informação possa ser partilhada com outros envolvidos no seu cuidado.

INFORMAÇÃO PESSOAL

1.1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

1.2. Idade: _____

1.3. Área de residência: Rural ☐ Urbano ☐

1.4. Estado civil actual:

Solteiro(a) ☐ Casado(a) ou união de facto ☐

Separado(a) ou divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐

1.5. Anos de educação formal: _____

1.6. Em geral como caracteriza as suas finanças no fim do mês?

Não chegam para as necessidades ☐ Suficientes ☐ Sobra algum dinheiro ☐

1.7. Com quem vive?

Sozinho ☐ Em casal ☐ Com a família alargada ☐ Em instituição ☐

Outra situação ☐ Qual? _____

1.8. Situação profissional

Empregado(a) a tempo integral ☐ Empregado(a) a tempo parcial ☐

Desempregado(a) ☐ Doméstica ☐ Pensionista ☐

Reformado(a) ☐ Estudante ☐

Número de beneficiário: _____ **Outro identificador:** _____

Nome: _____

Nome do avaliador: _____ **Data:** / /

Assinatura:

BIOGRAFIA

Pode registar pormenores sobre si, a sua história de vida, a sua actividade profissional e os seus interesses.

[illegible]

Razões da avaliação

Na sua opinião, porque acha que esta avaliação está a ser realizada? A resposta às seguintes perguntas pode ser importante. Actualmente, quais são as suas necessidades e preocupações? Há quanto tempo as sente? Como pensa resolvê-las? Que mudanças espera com esta avaliação?

[illegible]

1. VISÃO, AUDIÇÃO E COMUNICAÇÃO

1.1. Consegue ver (com óculos se usar)?

Sim ☐ Com dificuldade ☐ Não vê nada ☐

1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?

Sim ☐ Com dificuldade ☐ Não ouve nada ☐

1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?

Não tem dificuldade ☐

Dificuldade com algumas pessoas ☐

Dificuldade considerável com todas as pessoas ☐

1.4. Consegue utilizar o telefone?

Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números ☐

Com alguma ajuda ☐

Não consegue usar o telefone ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

2. CUIDAR DE SI

2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (por exemplo, pentear-se, barbear-se, maquilhar-se)?

Sem ajuda ☐ Preciso de ajuda para manter a aparência pessoal ☐

2.2. Consegue vestir-se?

Sem ajuda (incluindo botões, atacadores, ...) ☐

Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) ☐

Não consegue vestir-se ☐

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?

Sem ajuda ☐ Precisa de ajuda ☐

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

Sem ajuda ☐ Precisa de ajuda ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

Sem ajuda (por exemplo, limpar o chão) ☐

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda com as mais pesadas) ☐

Não consegue fazer nenhuma tarefa doméstica ☐

2.6. Consegue preparar as suas refeições?

Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho(a) refeições completas) ☐

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas não consegue cozinhar sozinho(a) refeições completas) ☐

Não consegue preparar refeições ☐

2.7. Consegue alimentar-se?

Sem ajuda ☐

Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, ...) ☐

Não consegue alimentar-se ☐

2.8. Tem algum(ns) problema(s) com a sua boca ou dentes?

Sim ☐ Qual(is)? _____

Não ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses correctas e às horas certas) ☐

Com alguma ajuda (se alguém lhos preparar e/ou o lembrar de os tomar) ☐

Não consegue tomar os seus medicamentos ☐

2.10. Já teve alguns problemas com a sua pele (tais como, úlceras na perna)?

Sim ☐ Quais? _____

Não ☐

2.11. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

Não tem acidentes ☐ Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia) ☐

Acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda com algália ☐

2.12. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

Não tem acidentes ☐ Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) ☐

Acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister ☐

2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir-se o necessário, limpar-se e sair) ☐

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) ☐

Não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

3. MOBILIDADE

3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

Sem ajuda ☐ Com alguma ajuda ☐

Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira ☐

3.2. Tem problemas com os seus pés?

Não tem problemas ☐ Alguns problemas ☐ Quais? _____

3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda ☐ Numa cadeira de rodas sem ajuda ☐

Com alguma ajuda ☐ Acamado ☐

3.4. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (incluindo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha) ☐

Com alguma ajuda ☐ Não consegue subir e descer escadas ☐

3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?

Não ☐ Uma vez ☐ 2 vezes ou mais ☐

3.6. Consegue andar no exterior?

Sem ajuda ☐ Com alguma ajuda ☐ Não consegue andar no exterior ☐

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras) ☐

Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras) ☐

Não consegue ir às compras ☐

3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos (tais como, consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade ☐ Com alguma ajuda ☐

Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

4. SEGURANÇA

4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?

Sim ☐ Não ☐

4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?

Sim ☐ Não ☐

4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado(a) ou assediado(a) por alguém?

Sim ☐ Não ☐

4.4. Sente-se discriminado(a) por alguma razão (por exemplo, idade, sexo, raça, religião)?

Sim ☐ Não ☐

4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou alguma emergência?

Sim ☐ Não ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

5. HABITAÇÃO E FINANÇAS

5.1. De uma forma geral está satisfeito(a) com a sua habitação?

Sim ☐ Não ☐

5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim ☐ Não ☐

5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter direito?

Sim ☐ Não ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

6. MANTER-SE SAUDÁVEL

6.1. Faz exercício regularmente?

Sim ☐ Não ☐

6.2. Fica com falta de ar durante as actividades normais?

Sim ☐ Não ☐

6.3. Fuma tabaco (cigarros, charutos, cachimbo)?

Sim ☐ Não ☐

6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Sim ☐ Não ☐

6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim ☐ Não ☐

6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Com excesso de peso ☐ Com perda de peso ☐ Não tem preocupações ☐

6.7. Tem as suas vacinas em dia?

Sim ☐ Não sabe ☐ Não ☐

6.8. Tem em dia os exames de rastreio de cancro?

Sim ☐ Não sabe ☐ Não ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

7. SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR

7.1. Consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades que são importantes para si?

Sim ☐ Não ☐

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Fraca ☐

7.3. Sente-se sozinho(a)?

Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes ☐

7.4. Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo?

Sim ☐ Não ☐

7.5. Teve alguns problemas em dormir no mês passado?

Sim ☐ Não ☐

7.6. Teve dores corporais no mês passado?

Sim ☐ Especifique: Muito suaves ☐ Suaves ☐ Moderadas ☐ Fortes ☐

Não ☐

7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por se sentir em baixo, deprimido(a) ou desesperado(a)?

Sim ☐ Não ☐

7.8 No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Sim ☐ Não ☐

7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos?

Sim ☐ Não ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

8. INFORMAÇÃO ADICIONAL

Existem outros problemas que gostasse de registrar?

Que outros assuntos são importantes para si em relação à sua saúde e cuidado?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar?

Comentários do(s) cuidador(es)

Pode registar aqui a sua opinião sobre os assuntos que foram abordados.

Há mais alguma coisa sobre a pessoa a quem presta cuidados que lhe pareça importante?

Como cuidador há algum assunto que queira abordar?

Precisamos de fazer alguma coisa para o resolver?

Que mudança(s) espera alcançar?

HISTÓRIA MÉDICA

Sumário das condições médicas

Admissões recentes em internamento hospitalar

Datas	Motivos

Medicação actual

Medicamento	Dose	Frequência	Para que é o medicamento?

SUMÁRIO DA AVALIAÇÃO

Acrescente um **resumo da avaliação** e as prioridades que resultam da identificação dos problemas/necessidades, acções a desenvolver e resultados desejados ou esperados. Comece com os problemas que são mais importantes para a pessoa que está a ser avaliada.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Acrescente **outra informação relevante** para o planeamento de futuros cuidados (tais como pormenores da informação de avaliações adicionais de *Instrumentos de Apoio*).

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ACÇÃO ACORDADA E ENCAMINHAMENTOS

Os **resultados acordados** associados aos pormenores do resumo deverão incluir o nome da pessoa que concordou em tomar acção.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface. There is no handwriting or other markings on the paper.

Concorda com o resumo, plano de acções e encaminhamentos que decorrem da avaliação realizada?

Sim ☐ Não ☐ Consentimento verbal ☐

Assinatura: _____

Organização da revisão dos resultados da avaliação

Data da revisão: / /

CONSENTIMENTO

A informação registada durante esta avaliação pode ser partilhada com terceiros envolvidos na sua prestação de cuidados. Esta informação irá ajudá-los a compreender as suas necessidades e evita a repetição de algumas partes da avaliação. **Consente que a informação registada durante esta avaliação seja partilhada com os terceiros envolvidos na sua prestação de cuidados?**

Sim ☐ Não ☐

Alguna informação também poderá ser utilizada no planeamento de futuros serviços. Esta informação será anónima, para que não seja identificado(a). **Consente que a informação registada durante esta avaliação seja utilizada para ajudar no planeamento de futuros serviços?**

Sim ☐ Não ☐

Há alguma informação específica que deseje não partilhar? (Por favor indique os pormenores abaixo)

Sim ☐ Não ☐

Existem entidades ou pessoas com as quais não deseje partilhar a informação?
(Por favor indique os pormenores abaixo)

Sim ☐ Não ☐

Por favor forneça os pormenores:

REVISÃO

Por favor indique o que mudou desde a sua última avaliação.

Os seus comentários: por favor escreva aqui quaisquer alterações às suas necessidades ou objectivos desde a sua última avaliação.

Comentários do cuidador: por favor acrescente qualquer informação sobre as alterações desde a última avaliação.

Nome: _____

Assinatura: _____

Comentários do avaliador: por favor escreva aqui quaisquer alterações desde a última avaliação, incluindo os resultados relacionados com o plano de cuidados.

Nome: _____

Assinatura: _____

Acção futuras:

Concorda com estas acções?

Sim ☐ Não ☐ Consentimento verbal ☐

Nome: _____

Assinatura: _____

PONTUAÇÃO DE (IN)DEPENDÊNCIA

O EASY-Care Standard identifica as questões que assumem maior relevância para o indivíduo e a forma como este gostaria de as ver resolvidas. Esta informação destina-se a desenvolver os planos de cuidados. A avaliação EASY-Care também pode ser utilizada para calcular o nível geral de (in)dependência da pessoa nas actividades da vida diária.

A pontuação para determinar a necessidade de apoio nas actividades da vida diária é calculada a partir da soma da necessidade de apoio nas actividades da vida diária, onde cada actividade tem um peso diferente, numa escala de 0 a 100. Estas ponderações são o resultado de investigações desenvolvidas por profissionais de saúde e prestadores de cuidados acerca da importância relativa de diferentes actividades e do seu impacto na independência e qualidade de vida.^{1, 2}

Notas sobre a pontuação

Os números que se encontram entre parêntesis definem o peso atribuído a cada actividade e diferenciam necessidades de apoio num mesmo item. É importante que todas estas perguntas sejam respondidas para calcular a pontuação, que resulta da soma dos pesos.

		Pontuação
P 1.4	Não consegue utilizar o telefone (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.1	Precisa de ajuda para manter o aspecto cuidado (5)	
P 2.2	Não consegue vestir-se (6), ou com alguma ajuda (4)	
P 2.4	Não consegue tomar banho/duche (5)	
P 2.5	Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.6	Não consegue preparar refeições (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.7	Não consegue alimentar-se (8), ou com alguma ajuda (3)	
P 2.9	Não consegue tomar medicamentos (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.11	Acidentes frequentes de bexiga (8) ou ocasionais (5)	
P 2.12	Acidentes frequentes de intestinos (8) ou ocasionais (6)	
P 2.13	Não consegue utilizar a sanita (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.1	Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.3	Acamado (8), ou precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), ou de cadeira de rodas sem ajuda (5)	
P 3.4	Não consegue subir nem descer escadas (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.6	Não consegue andar no exterior (6), ou com alguma ajuda (3)	
P 3.7	Não consegue ir às compras (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.8	Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 5.2	Não consegue gerir as finanças (4)	
	Total	

Pontuação total: (0-100)

A pontuação pode ser utilizada para comparar pessoas e grupos de pessoas. Pode avaliar as alterações necessárias com o decorrer do tempo para ajudar a medir os resultados de cuidados.

Referências

1. Philp I, Armstrong GK, Coyle GG, Chadwick I, Machado ABC (1998) A better way to measure disability in older people. *Age and Ageing*, **27**, 519-522.
2. Kane RL, Rockwood T, Philp I, Finch M (1998) Differences in valuation of functional status components among consumers and professionals in Europe and the United States. *Journal of Clinical Epidemiology*, **51**, 657-666.

RISCO DE RUPTURA DO CUIDADO

Os itens seguintes são abrangidos na avaliação com o EASY-Care Standard e demonstraram constituir preditores de risco de admissão hospitalar ou ruptura no cuidado.

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Precisa de ajuda a		
vestir-se	P 2.2	
tomar banho	P 2.4	
alimentar-se	P 2.7	
usar a sanita	P 2.13	
Nos últimos 12 meses caiu alguma vez	P 3.5	
Alguns acidentes com a bexiga	P 2.11	
Preocupações com perda de peso	P 6.6	
Saúde em geral razoável ou fraca	P 7.2	
Muitas dores corporais no último mês	P 7.6	
Perda de memória ou esquecimentos	P 7.9	
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	P 7.7	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	P 7.8	
Total (de 12)		

Comentários do avaliador

Resumo da acção proposta

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS

As perguntas seguintes fazem parte da avaliação do EASY-care Standard e indicam o risco de queda e/ou lesões provocadas por quedas. Os profissionais de saúde e de acção social devem responder tendo em conta o plano de acção acordado em função dos resultados da avaliação. A resposta afirmativa em pelo menos 3 itens indica um elevado risco de quedas.

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Uma ou mais quedas no ano que passou	P 3.5	
Tem dificuldade em ver	P 1.1	
Tem pouca estabilidade de pé	P 3.4	
Está limitado ao domicílio	P 3.6	
Dificuldade em deslocar-se	P 3.1	
Problemas com os seus pés	P 3.2	
Falta de segurança no domicílio	P 3.3	
Ingestão excessiva de álcool	P 6.4	
Total (de 8)		

Outros factores:

Comentários do avaliador

Resumo da acção proposta

ANEXO 2. IAI

INTERNAMENTO		Data: ____/____/____	Data de nascimento: ____/____/____	Respondeu ao inquérito:		Pontuação	Classificação
IAI - Instrumento de Avaliação Integrado		Idade: ____ anos	Iniciais: ____	<input type="checkbox"/> o próprio	<input type="checkbox"/> o prestador de cuidados		
Avaliação referente a intervalos entre observações		Nº BI / Passaporte: ____					
SEXO		0 feminino	1 masculino				
IDADE		0 80 ou mais anos	1 65 a 79 anos	2 50 a 64 anos	3 18 a 49 anos		
P1 Queixas Musculo-esqueléticas *		0 com queixas	3 sem queixas				
P2 Queixas Visão *		0 com queixas	3 sem queixas				
P3 Queixas Audição *		0 com queixas	3 sem queixas				
P4 Queixas Pele *		0 com queixas	3 sem queixas				
P5 Queixas Outros Órgãos/Sistemas *		0 com queixas	3 sem queixas				
QUEIXAS DE SAÚDE	a menor pontuação	0 com queixas	3 sem queixas				
OB1 IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²)	peso * ____ / altura² ____ = ____	0 menos de 16,0 magreza	1 16,0 a 18,4 baixo peso	3 18,5 a 25,0 adequado			
		0 mais de 30,0 obesidade	1 25,1 a 30,0 excesso peso				
OB2 CINT - Cintura - feminino (cm)	1ª ____; 2ª ____; 3ª ____	0 mais de 88 obesidade II	1 80 a 88 obesidade I	3 menos de 80 adequado			
CINT - Cintura - masculino (cm)	média (1ª+2ª+3ª)/ 3 = ____ cm	0 mais de 102 obesidade II	1 94 a 102 obesidade I	3 menos de 94 adequado			
ESTADO DE NUTRIÇÃO	média: (pont. IMC+CINT)/2 =	0 0 a 0,9 magro ou obeso	1 1 a 2,9 baixo peso ou excessivo de peso	3 3 adequado			
P6 Nº de Quedas (último ano)	nº ____	0 4 ou mais quedas	1 2 a 3 quedas	2 1 queda	3 sem quedas		
P7 Momento de Quedas	ou ____ dias; ou ____ meses	0 menos de 1 mês	1 1 mês a 1 ano	2 mais de 1 ano	3 sem quedas		
P8 Motivo de Quedas		0 interno+externo	1 interno	2 externo	3 sem quedas		
P9 Sequelas de Quedas ocorridas		0 com alt. mobilidade	1 sem alt. mobilidade	2 sem sequelas	3 sem quedas		
QUEDAS	média: (P6+P7+P8+P9)/4 =	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom		
P10 Andar em casa, dentro de edifícios		0 incapaz, não anda	1 dependente de 3%	2 meios	3 independente		
P11 Andar na rua		0 incapaz, não sai	1 dependente de 3%	2 meios	3 independente		
P12 Andar em escadas		0 incapaz, não usa	1 dependente de 3%	2 meios	3 independente		
P13 Locomoção e meios para visão e audição				2 meios	3 independente		
LOCOMOÇÃO	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo	3 independente		
P14 Lavar-se/tomar banho	entrar/sair, estar, lavar-se	0 incapaz, não se lava	1 dependente de 3%	2 meios	3 independente		
P15 Vestir-se/deixar-se	escolher, preparar, vestir	0 incapaz, não se veste	1 dependente de 3%	2 meios / acabamentos	3 independente		
P16 Usar a sanita e/ou bacio/urinol	usar, limpar-se, roupa, despejar	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3%	2 meios	3 independente		
P17 Deitar-se/levantar-se da cama	mover-se, transferir-se, andar	0 incapaz, não se levanta	1 dependente de 3%	2 meios	3 independente		
P18 Sentar-se/levantar-se de cadeiras	mover-se, transferir-se, andar	0 incapaz, não se senta	1 dependente de 3%	2 meios	3 independente		
P19 Controlar a urina		0 incapaz, não controla	1 dependente de 3%	2 meios / incont. esporádica	3 independente		
P20 Controlar as fezes		0 incapaz, não controla	1 dependente de 3%	2 meios / incont. esporádica	3 independente		
P21 Alimentar-se/comer	servir-se, preparar alimentos, comer	0 incapaz, não se alimenta	1 dependente de 3%	2 meios / próteses dentária	3 independente		
P22 Autonomia Física e meios para visão e audição				2 meios	3 independente		
AUTONOMIA FÍSICA	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo	3 independente		
AUTONOMIA INSTRUMENTAL							3

P32	Triste / deprimido *	0	mito tempo / sem resp	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	nunca	
P33	Nervoso / ansioso *	0	mito tempo / sem resp	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	nunca	
P34	Outras Queixas Emocionais *	0	com queixas	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	sem queixas	
QUEIXAS EMOCIONAIS		média: (P32+P33+P34)/3 =	0 a 0,9 mau	1	1 a 1,9 insatisfatório	2	2 a 2,9 satisfatório	3	3 bom	
P35	Ano	Em que ano estamos	0	não responde/ não sabe / errado	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	certo
P36	Mês	Em que mês estamos	0	não responde/ não sabe / errado	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	certo
P37	Dia do mês	Quanto são hoje	0	não responde/ não sabe / errado	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	certo
P38	Estação do ano	Em que estação do ano estamos	0	não responde/ não sabe / errado	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	certo
P39	Dia da semana	Que dia da semana é hoje	0	não responde/ não sabe / errado	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	certo
- OT - Orientação no Tempo		média: (P35+P36+P37+P38+P39)/5 =	0 a 0,9 má	1	1 a 1,9 insatisfatória	2	2 a 2,9 satisfatória	3	orientado no tempo	
P40	País	Como se chama o nosso país	0	não responde/ não sabe / errado	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	certo
P41	Distrito	Em que distrito vive	0	não responde/ não sabe / errado	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	certo
P42	Terra	Em que terra vive	0	não responde/ não sabe / errado	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	certo
P43	Casa	Como se chama esta casa	0	não responde/ não sabe / errado	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	certo
P44	Andar	Em que andar estamos	0	não responde/ não sabe / errado	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	certo
- OE - Orientação no Espaço		média: (P40+P41+P42+P43+P44)/5 =	0 a 0,9 má	1	1 a 1,9 insatisfatória	2	2 a 2,9 satisfatória	3	orientado no espaço	
ESTADO COGNITIVO		média: (OT+OE)/2 =	0 a 0,9 mau	1	1 a 1,9 insatisfatório	2	2 a 2,9 satisfatório	3	3 bom	
P45	Estado Civil	em relação a união a outra pessoa	0	viúvo / separado / solteiro	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	casado / união/facto
P46	Nº de coabitantes na sua residência	nº coabitantes	0	vive só	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	vive com outros
P47	Tempo em que está só nas 24h	está só: horas	0	8 ou mais horas	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	menos de 8 horas
P48	Ter com quem desabafar / ter confidente	falar de assuntos pessoais	0	não tem confidente	1	metade de tempo	2	pouco tempo	3	tem confidente
- IS - Isolamento Social		média: (P45+P46+P47+P48)/4 =	0 a 0,9 mto isolado	1	1 a 1,9 isolado	2	2 a 2,9 pouco isolado	3	3 não isolado	
P49	Escolaridade: (estudos completos) nº anos	0	anos/analfabeto	1	1 a 6 anos	2	7 a 12 anos	3	13 ou mais anos	
P50	Profissão:	0	não qualificado	1	qualificado	2	intermédio	3	especialista	
- HL - Habilitações Literárias		média: (P49+P50)/2 =	0 a 0,9 baixas	1	1 a 1,9 insatisfatórias	2	2 a 2,9 satisfatórias	3	3 boas	
ESTADO SOCIAL		média: (IS+HL)/2 =	0 a 0,9 mau	1	1 a 1,9 insatisfatório	2	2 a 2,9 satisfatório	3	3 bom	
P51	Andar a pé na rua	nº horas / semana:	0	0 horas	1	menos de 2 horas	2	2 a 4 horas	3	4 ou mais horas
P52	Ginástica ou desporto	nº horas / semana:	0	0 horas	1	menos de 2 horas	2	2 a 4 horas	3	4 ou mais horas
P53	Outra actividade física	nº horas / semana:	0	0 horas	1	menos de 2 horas	2	2 a 4 horas	3	4 ou mais horas
- AF - Actividade Física /semana		soma: P51+P52+P53 =	0	0 horas	1	menos de 2 horas	2	2 a 4 horas	3	4 ou mais horas
P54	Refeições habituais - assinalar:	<input type="checkbox"/> Pequ Almoço <input type="checkbox"/> Meio Manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia <input type="checkbox"/> Outra(s)	0	0 a 2 refeições dia	1	mais de 2 refeições dia	2	3 refeições dia	3	4 a 6 refeições dia
- R - Nº de Refeições /dia		nº refeições	0	0 a 2 refeições dia	1	mais de 2 refeições dia	2	3 refeições dia	3	4 a 6 refeições dia
HÁBITOS		média: (AF+R)/2 =	0 a 0,9 mau	1	1 a 1,9 insatisfatório	2	2 a 2,9 satisfatório	3	3 bom	

Perfil Biopsicossocial

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Data: ____/____/____

Nº BI / Passaporte: _____

SEXO / IDADE / QUEIXAS SAÚDE / NUTRIÇÃO / QUEDAS / LOCOMOÇÃO / A.FÍSICA / A.INSTRUM.
QUEIXAS EMOCIONAIS / COGNITIVO / SOCIAL / HÁBITOS

Nota: 0 / 1 / 2 / 3 - consoante a classificação obtida nos DOMÍNIOS

* Considerar 9 se não for possível medição de peso e obtenção de respostas relativas a queixas

IAS 2 Incontinência - página 2 de 2

ANEXO 3. CHECK-LIST

MESTRADO EM GERONTOLOGIA
Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro



Check-list dos critérios de inclusão

(a preencher pela investigadora, em coordenação com a Directora Técnica)

Idosos	
Utentes com mais de 65 anos, internados na unidade de média duração e reabilitação há pelo menos 2 meses	<input type="checkbox"/>
Apresenta um discurso coerente	<input type="checkbox"/>
Está orientado no tempo, no espaço, auto e halo psiquicamente	<input type="checkbox"/>
Ser autónomo	<input type="checkbox"/>
Bom espírito crítico	<input type="checkbox"/>
Disponibilidade para participar	<input type="checkbox"/>
Profissionais	
Trabalhar na unidade de média duração e reabilitação há pelo menos 6 meses, a tempo parcial ou integral.	<input type="checkbox"/>
Bom espírito crítico	<input type="checkbox"/>
Disponibilidade para participar	<input type="checkbox"/>

☒ Inclusão

ANEXO 4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MESTRADO EM GERONTOLOGIA
Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Investigador: Ana Raquel Gabriel da Silva

Orientadora do estudo: Liliana Sousa (Universidade de Aveiro, 234 372440)

Chamo-me **Ana Raquel Gabriel Silva**, encontro-me a frequentar o Mestrado em Gerontologia na Universidade de Aveiro e estou a desenvolver, sob a coordenação da Professora Doutora Liliana Sousa, um estudo sobre a adaptação do EASYcare ao contexto institucional.

O envelhecimento populacional exige que se conheçam as necessidades das pessoas idosas para promover políticas e programas adequados. Assim surge a relevância em adaptar o EASYcare ao contexto institucional, de forma a responder às necessidades da população sénior institucionalizada. O **objectivo deste estudo** é adaptar o EASYcare ao contexto institucional, nomeadamente cuidados continuados. O EASYcare (Elderly Assessment System; Sistema de Avaliação de Idosos) é um instrumento de avaliação multidimensional das pessoas idosas, que fornece um perfil de necessidades e prioridades de cuidados, recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

No âmbito deste estudo estamos a proceder a uma recolha de dados, para a qual solicitamos a sua colaboração através da análise do EASYcare. Esta análise é feita utilizando o Guião de entrevista semi-estruturada (em anexo).

Nenhuma informação que o identifique será incluída no estudo, qualquer eventual referência será substituída por códigos. A confidencialidade dos seus dados será mantida. Colaborar neste estudo não é prejudicial para a sua saúde e a sua decisão de participar ou não participar não terá qualquer impacto no seu tratamento clínico presente ou futuro. A sua participação não terá qualquer custo para si. Se decidir participar, pode mesmo assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre de não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem importantes.

Qualquer dúvida ou questão pode ser colocada à investigadora ou à orientadora do estudo (ver os contactos no início da folha).

Assinatura: _____

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre o Estudo: “EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica multidimensional institucional” e concordo em participar e que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Aveiro, _____ de _____ de 2010.

Assinatura: _____

ANEXO 5. QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro



QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO AOS PARTICIPANTES

De seguida encontrará várias questões às quais deverá responder de forma breve no espaço marcado na folha, ou marcar uma cruz (X) dentro do quadrado que mais se adequa ao seu caso. Pode solicitar o auxílio entrevistador.

1. Idade: _____ anos

2. Género: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Estado Civil:

Casado(a)/em união de facto	<input type="checkbox"/>	Divorciado(a)/Separado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>

4. Zona de residência

Predominantemente rural	<input type="checkbox"/>
Predominantemente urbana	<input type="checkbox"/>

5. Habilitações literárias:

Não frequentou o sistema de ensino formal	<input type="checkbox"/>
1º ciclo do ensino básico	<input type="checkbox"/>
2º ciclo do ensino básico	<input type="checkbox"/>
3º ciclo do ensino básico	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário	<input type="checkbox"/>
Ensino superior	<input type="checkbox"/>

6. Nível socioeconómico (Índice de Graffar):

Classe I	<input type="checkbox"/>
Classe II	<input type="checkbox"/>
Classe III	<input type="checkbox"/>
Classe IV	<input type="checkbox"/>
Classe V	<input type="checkbox"/>

ANEXO 6. GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro



GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

<i>Tópico 1</i> Alterações no EASYcare	O que modificar no questionário? Questões a retirar e porquê? Questões a incluir; porquê? Alterar a formulação das questões; Quais e porquê?
<i>Tópico 2</i> Procedimentos para introdução na instituição - aplicação	Por quem? Na presença de quem? Quando?
<i>Tópico 3.</i> Aceitabilidade	Impactos (positivos e/ou negativos)?
<i>Tópico 4.</i> Potenciais benefícios/desvantagens do EASYcare	
<i>Tópico 5.</i> Outras sugestões e comentários	

ANEXO 7. ÍNDICE DE GRAFFAR

MESTRADO EM GERONTOLOGIA
Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro



ÍNDICE DE GRAFFAR

Atribuir uma pontuação para cada um dos cinco critérios. Somar a pontuação e definir o escalão que a pessoa ocupa na sociedade.

1 – PROFISSÃO

I. - Directores de bancos

- Directores técnicos de empresas
- Licenciados
- Engenheiros
- Profissionais com títulos universitários
- Militares de alta patente

II. - Chefes de secções administrativas

- Chefes de negócios de grandes empresas
- Sub-directores de bancos
- Peritos e técnicos

III. - Adjuntos técnicos

- Desenhadores
- Caixeiros
- Contramestres
- Oficiais de primeira
- Encarregados
- Capatazes
- Mestres-de-obras

IV. - Motoristas

- Polícias
- Cozinheiros

V. - Jornaleiros

- Mandarettes
- Ajudantes de cozinha
- Empregadas de limpeza

2 – NÍVEL DE INSTRUÇÃO

- I. – Ensino universitário ou equivalente
- II. – Ensino médio ou técnico superior
- III. – Ensino médio ou técnico inferior
- IV. – Ensino primário completo
- V. – Ensino primário incompleto

3 – FONTES DE RENDIMENTO

- I. – A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida
- II. – Os rendimentos consistem em lucros de empresa (altos honorários/lugares bem remunerados)
- III. – Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo
- IV. – Os rendimentos resultam de salários
- V. – Beneficência pública ou privada (exclui-se subsídio de desemprego ou de incapacidade para o trabalho)

4 – CONFORTO DO ALOJAMENTO

- I. – Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto
- II. – Casas ou andares que sem serem luxuosos são espaçosos e confortáveis
- III. – Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminados, arejados, com cozinha e casa-de-banho
- IV. – Categoria intermédia entre 3 e 5
- V. – Barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, sem ventilação, ou onde moram demasiadas pessoas

5 – ZONA RESIDENCIAL

- I. – Zona residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados
- II. – Zona residencial boa, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas
- III. – Categoria intermédia entre 2 e 4
- IV. – Ruas comerciais estreitas ou antigas, com casas de aspecto menos cuidado
- V. – Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está muito diminuído.

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL

CLASSE I – Pontuação entre 5 e 9 (Classe Social Alta)

CLASSE II – Pontuação entre 10 e 14 (Classe Social Média Alta)

CLASSE III – Pontuação entre 15 e 17 (Classe Social Média)

CLASSE IV – Pontuação entre 18 e 21 (Classe Social Média Baixa)

CLASSE V - Pontuação entre 22 e 25 (Classe Social Baixa)

ANEXO 8. ANÁLISE: IDOSOS

	I1D.Maria	I2D.Helena	I3D.Isabel	I4D.Amélia	I5D.Fátima	I6D.Teresa	I7Sr.José
Alterações no EASYcare							
"está tudo bem"; "acho que está bem"; "eu acho que está bem"		X	X	X	X	X	X
"pergunta mais ou menos tudo"	X						
Procedimentos – Aplicação							
Por quem?							
"...aplicado por uma pessoa responsável máxima . Não é preciso ser uma pessoa directamente daqui"; "Desde que fizessem essas perguntas podia ser qualquer pessoa que entedesse e ajudasse "; "Pois podia"	X		X		X		
"os enfermeiros ...podiam ser eles a fazer"							X
"podiam ser os médicos , quando nos vêm, não é?!"; " Acho que deviam [ser os médicos], uma médica de vez em quando vir aqui fazer essas perguntas."; "Precisávamos mais de médicos que cuidassem mais da gente".	X	X				X	
"Pelas assistentes sociais ...quando a gente vai lá podiam perguntar."				X			
Quando?							
"Primeiro, devia ser quando entramos para a instituição ..."	X						
"...de vez em quando ir periodicamente avaliar."; "...quando nos vêm, não é?!" ; "pois podia"; "Acho que é bom fazer de vez em quando estas perguntas"	X	X		X		X	X
"...geri a minha vida. Agora é que nesta situação já não posso e acho que nestas alturas é que a gente precisa de uma avaliação."				X			
"Quando a gente lá vai podiam perguntar.Até quando a gente sai daqui " ; "e nós saimos daqui e precisamos de quem nos ajude "; "quando sair daqui era bom que me ajudassem, ver o apoio que preciso porque já não falta assim muito tempo!"			X	X	X		

	I1D.Maria	I2D.Helena	I3D.Isabel	I4D.Amélia	I5D.Fátima	I6D.Teresa	I7Sr.José
Aceitabilidade							
"...percebi tudo"; "As perguntas percebem-se bem, está acessível "; "Acho que é fácil responder."; "Eu também concordo com tudo o que está aí escrito. Respondo a tudo! "	X		X		X	X	
"eu respondia aquilo que posso fazer e que não posso fazer"; " não custa nada responder . Se a pessoa tem dificuldades nisto ou naquilo responde!"; "Não há nada aqui a ofender-nos , acho que aceitamos bem"; "era bom que perguntassem mais coisas dessas."	X			X		X	
"isto é o que acontece na verdade"; "gostei de responder a estas perguntas"		X			X		X
"Se é para nosso bem, acho muito bem que nos façam essas perguntas para saberem da situação."				X			
Benefícios							
"é importante, acho que sim"; "é importante dizer estas coisas"; "acho que é benéfico ter isto"; "Acho que é importante porque nos ajuda "; " tudo o que for para nos ajudar é bom"; " Tem benefícios , pois claro": Eu acho que isso é bom, isso ajuda-nos "	X		X	X	X		X
"Essas perguntas ajudavam , ora bem...a gente quando precisa de alguém precisa de alguém"; "Quando sair daqui era bom que me ajudassem, ver o apoio que preciso (...) desde que fizessem essas perguntas(...)"; "Esse papel ajuda menina, e a minha situação não é fácil!"; "e olhe que eu preciso"	X				X	X	
"Gostava que olhassem mais por nós , que fizessem mais destas perguntas." "Também convém elas saberem estas coisas, para conhecerem a nossa avaliação . " "Convinha realmente estarem dentro destes assuntos , e de vez enquanto vir fazer assim uns questionários. "	X	X					
"acho que é fácil de responder"; " está acessível "	X				X		
"A saúde é muito importante (...) Quando o médico me vê eu sinto-me bem. Portanto é importante existir assim um questionário."							X
"Precisávamos mais de médicos que cuidassem mais da gente "; "Ora aqui temos que ter alguém a ajudar-nos"; "(...)responder a estas perguntas, era preciso mais vezes "; "(...) até devia haver mais porque a gente precisa . Principalmente nestas idades, não é?"; "era bom que perguntassem mais coisas dessas"; " Todos nós chegamos a esta altura e precisamos que nos façam a avaliação à nossa saúde ao nosso bem-estar... "	X	X		X		X	

	I1D.Maria	I2D.Helena	I3D.Isabel	I4D.Amélia	I5D.Fátima	I6D.Teresa	I7Sr.José
Desvantagens							
"Não há tempo para isso!"							X
"Pode é já não chegar para mim! (este tipo de avaliação). Mas pelo menos para os outros que precisem"				X			
"demorou um bocadinho a ler. Mas tudo se faz, não é?"			X				
Outros assuntos							
"mas há ocasiões em que os apoios são um bocadinho demorados"; "não há tempo para fazer tudo...hoje em dia é assim!" " Mas se eles não fazem mais é porque não podem! Não há tempo para isso!"	X						X
"não está em casa porque está sozinha"; "pois, não sei como vai ser e o tempo está a acabar"; "Quando sair(...) ver o apoio que preciso porque já não falta assim muito tempo"; "Sou sozinha. Como não tenho ninguém, preciso que me ajudem."	X	X	X		X		

ANEXO 9. ANÁLISE: PROFISSIONAIS

	P1 Gerontóloga	P2 T.S.Social	P3 Psicóloga	P4 Psicóloga	P5 Enfermeira	P6 Fisioterapeuta
Alterações no EASYcare						
Informação Pessoal Incompleta						
Incluir na 1.2. data de nascimento;	X	X	X	X	X	X
Incluir na 1.3 área de Residência: não aplicável (no caso de se tratar de um sem-abrigo)		X				
Reformular a 1.6. "Em geral como caracteriza o seu rendimento mensal?"	X	X				
Incluir outros números de identificação (SNS, NIF, BI)	X	X				
1. Visão, Audição e Comunicação						
1.1. "Consegue ver?" Se não, incluir " Porquê/causa?"		X	X	X	X	X
1.2. "Consegue ouvir?" Se não, incluir "Porquê/causa?"		X	X	X	X	X
2. Cuidar de Si						
Reformular as respostas à 2.1. "Consegue cuidar da sua aparência pessoal?" Sem ajuda/ Preciso de ajuda parcial/Preciso de ajuda total	X	X	X	X	X	X
Reformular as respostas à 2.3. "Consegue lavar as mãos e a cara?" Sem ajuda/ Preciso de ajuda parcial/Preciso de ajuda total	X	X	X	X	X	X
Reformular as respostas à 2.4. "Consegue utilizar a banheira ou o duche?" Sem ajuda/ Preciso de ajuda parcial/Preciso de ajuda total	X	X	X	X	X	X
Reformular as respostas à 2.11. Tem acidentes com a sua bexiga? Não tem acidentes/Tem acidentes ocasionais/ Acidentes frequentes ou precisa de ajuda com algália ou fralda	X			X	X	
Reformular as respostas à 2.12. Tem acidentes com os seus intestinos? Não tem acidentes/Tem acidentes ocasionais/ Acidentes frequentes ou precisa de medicação para a obstipação	X		X	X		

	P1 Gerontóloga	P2 T.S.Social	P3 Psicóloga	P4 Psicóloga	P5 Enfermeira	P6 Fisioterapeuta
3.Mobilidade						
Incluir a pergunta: "Que meios utiliza para se deslocar?"	X	X	X	X	X	X
3.5." Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?" Se sim, incluir "Porquê/causa?"	X	X	X	X	X	X
4.Segurança						
Retirar o domínio <i>Segurança</i> do instrumento (menos irrelevante face ao contexto)						X
4.1., 4.2. Especificar o motivo (no caso de resposta afirmativa)	X	X	X	X		
4.3. Especificar em que situação (no caso de resposta afirmativa)	X	X	X	X		
4.4 Especificar a razão (no caso de resposta afirmativa)	X	X	X	X		
4.5. Especifica quem é a ajuda (no caso de resposta afirmativa)	X	X	X	X		
5.Habilitações e Finanças						
5.1. Especificar o que alterava? (no caso de resposta negativa)	X	X	X			
5.2 Justificar o porquê (no caso de resposta negativa)	X	X	X			
6.Manter-se Saudável						
Retirar o domínio Manter-se Saudável do instrumento (menos irrelevante face ao contexto)						X
7.Saúde Mental e Bem-estar						
Incluir a perguntas: "Gostaria que lhe explicassem sobre a(s) doença(s) que tem?" " O que pode fazer para atenuar os sintomas?"	X					
Incluir neste domínio os itens do Instrumento MiniMental (auxílio para avaliação do estado cognitivo)	X	X	X	X	X	X
8.Informação Adicional						
Retirar o domínio Informação Adicional do instrumento (menos irrelevante face ao contexto)						X
Comentários (em cada domínio avaliado 1 a 8)						
Nos comentários retirar "que problemas foram identificados?"; Qual a importância que têm para si?";	X	X	X	X	X	X
Reformular nos comentários: "O que podemos fazer para resolver os problems identificados?" ou "Há algum auxílio que lhe possamos pretar para ajudar na resolução dos problemas identificados por si?"	X	X	X	X	X	X
História Médica						
Reformular o nome do domínio: "História Clínica"	X	X	X	X	X	X

	P1 Gerontóloga	P2 T.S.Social	P3 Psicóloga	P4 Psicóloga	P5 Enfermeira	P6 Fisioterapeuta
Procedimentos para introdução na instituição - Aplicação						
Por quem?						
Gerontólogo , psicólogo e/ou Técnica Superior de Serviço Social	X				X	X
Profissional de saúde e/ou profissional social que tenha capacidade para aplicar o instrumento		X	X	X		
Na presença de quem?						
"O paciente (se apresentar condições psíquicas para responder), principal prestador de cuidados informal e/ou quem o paciente considerar importante)"	X	X	X	X	X	X
Quando?						
" no momento da admissão "	X	X	X	X	X	X
" Periodicamente , durante o internamento"	X	X		X		X
"Sempre que se ache necessário, por motivos de alguma alteração (social, clínica...)"	X	X				
"na alta do utente"			X	X		X
Aceitabilidade						
Impactos Positivos						
" depende de utente para utente , é uma população muito heterogénea"	X					
"numa entrevista bem conduzida os itens respondem-se com facilidade "		X	X			
"o instrumento seria sem dúvida uma mais-valia para qualquer instituição", " muito bom "		X		X		
"este instrumento é muito mais específico que o próprio IAI , que está a ser aplicado de momento na nossa instituição"; a sua especificidade ajuda a perceber mais detalhadamente a vida do utente"		X		X	X	X
Impactos Negativos						
"Poderá, em alguns casos, levar à saturação do utente "				X		X

	P1 Gerontóloga	P2 T.S.Social	P3 Psicóloga	P4 Psicóloga	P5 Enfermeira	P6 Fisioterapeuta
Benefícios						
"permite conhecer o utente como um todo , a nível biopsicosocial"; "ficamos com uma visão holística do utente"; " muito completo "; "quem lê o EASYcare praticamente visualiza o utente, é um espelho do mesmo "	X	X		X		X
"é uma mais-valia para conhecer a evolução do utente"	X			X	X	
"possibilita uma informação mais detalhada do utente"						X
"consegue-se delinear um plano individual de cuidados mais adequado com o auxílio do EASYcare"; "permite uma avaliação multidimensional do utente e discutir a intervenção nas reuniões" "iria conduzir a resultados mais eficazes"	X	X	X	X		
"a história médica é muito importante, e falta muitas vezes esta informação sobre os utentes da rede dos cuidados continuados"; "a informação sobre as admissões recentes em internamento hospitalar, é importante sabermos"; "conhecer a história clínica é essencial para a avaliação do utente"; "Registo importante".	X	X			X	
"gosto do sumário da avaliação, ajuda muito" ;"importante"			X	X		
"a pontuação da independência é bastante útil"; "muito útil"	X	X	X	X	X	X
"a avaliação do risco de quedas é um dos factores que devemos ter em conta em muitas situações que nos aparecem aqui"				X		X
Desvantagens						
"o tempo e disponibilidade dos utentes por vezes não possibilita responder a estas questões"; "é muito extenso e pode tornar-se exaustivo, mas a vida de uma pessoa não se pode reduzir a uma página!" ;"pode acontecer saturação do utente e/ou cuidador informal e até do próprio avaliador"; " completo mas muito longo"; "...deve necessitar de tempo para o preencher".	X	X		X	X	X
"não identifico"			X			

ANEXO 10. PROPOSTA EASYCARE



EASY-Care (Avaliação Institucional) **Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas**

Acerca da sua avaliação

Esta avaliação visa analisar as suas principais necessidades e prioridades relativamente à saúde e processo de cuidados. O preenchimento desta avaliação será efectuado com a ajuda de um profissional de saúde ou de acção social. Se **desejar**, também pode solicitar o envolvimento de um membro da sua família ou de outra pessoa relevante para si. No início pode registar, se possível, os dados sobre si e sobre o motivo de referência.

Durante a avaliação ser-lhe-ão feitas perguntas relativamente a:

Visão, audição e comunicação; Cuidar de si (auto-cuidado); Mobilidade; Segurança; Local de residência e finanças; Manter-se saudável; Saúde mental e bem-estar; e Outras informações que considere importantes.

À medida que vai preenchendo esta avaliação pode registar os problemas identificados, a importância que têm para si, se considera necessário intervir e o que espera que mude com a avaliação. Os profissionais de saúde ou de acção social poderão fazer mais perguntas para identificar a necessidade de intervenção ou encaminhamentos.

A informação registada será utilizada por si e pelos profissionais envolvidos no seu cuidado para a definição de um plano com o propósito de melhorar a sua saúde, independência e bem-estar. Este incluirá pormenores sobre os serviços a serem prestados, os encaminhamentos e as intervenções que você ou os seus cuidadores concordarem em tomar. Tem direito a guardar uma cópia da sua avaliação e ser-lhe-á pedida autorização para que esta informação possa ser partilhada com outros envolvidos no seu cuidado.

INFORMAÇÃO PESSOAL

1.1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

1.2. Idade: _____ **Data de Nascimento** ____/____/____

1.3. Área de residência: Rural ☐ Urbano ☐ Não aplicável ☐

1.4. Estado civil actual:

Solteiro(a) ☐ Casado(a) ou união de facto ☐

Separado(a) ou divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐

1.5. Anos de educação formal: _____

1.6. Em geral como caracteriza o seu rendimento mensal?

Não chegam para as necessidades ☐ Suficiente ☐

Sobra algum dinheiro ☐

1.7. Com quem vive?

Sozinho ☐ Em casal ☐ Com a família alargada ☐

Em instituição ☐ Outra situação ☐ Qual? _____

1.8. Motivo da referenciação _____

1.8. Situação profissional

Empregado(a) a tempo integral ☐

Empregado(a) a tempo parcial ☐

Desempregado(a) ☐ Doméstica ☐ Pensionista ☐

Remado(a) ☐ Estudante ☐

Número de bilhete de identidade: _____

Número do Serviço Nacional de Saúde: _____

Número de beneficiário: _____

Outros: _____

Nome utente: _____

Nome do avaliador: _____

Data: ____/____/____

Assinatura:

BIOGRAFIA

Pode registar pormenores sobre si, a sua história de vida, a sua actividade profissional e os seus interesses.

Motivos da avaliação

Actualmente, quais são as suas necessidades e preocupações? Há quanto tempo as sente? Como pensa resolvê-las? Que mudanças espera com esta avaliação?

1. VISÃO, AUDIÇÃO E COMUNICAÇÃO

1.1. Consegue ver (com óculos se usar)?

Sim ☐ Com dificuldade ☐ Não vê nada ☐
Porquê/Causa _____

1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?

Sim ☐ Com dificuldade ☐ Não ouve nada ☐
Porquê/Causa _____

1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?

Não tem dificuldade ☐

Dificuldade com algumas pessoas ☐

Dificuldade considerável com todas as pessoas ☐

1.4. Consegue utilizar o telefone?

Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números ☐

Com alguma ajuda ☐

Não consegue usar o telefone ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

2. CUIDAR DE SI

2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (por exemplo, pentear-se, barbear-se, maquilhar-se)?

Sem ajuda ☐ Preciso de ajuda parcial ☐

Preciso de ajuda total ☐

2.2. Consegue vestir-se?

Sem ajuda (incluindo botões, atacadores, ...) ☐

Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) ☐

Não consegue vestir-se ☐

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?

Sem ajuda ☐ Precisa de ajuda parcial ☐

Preciso de ajuda total ☐

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

Sem ajuda ☐ Precisa de ajuda parcial ☐

Preciso de ajuda total ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

Sem ajuda (por exemplo, limpar o chão) ☐

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda com as mais pesadas) ☐

Não consegue fazer nenhuma tarefa doméstica ☐

2.6. Consegue preparar as suas refeições?

Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho(a) refeições completas) ☐

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas não consegue cozinhar sozinho(a) refeições completas) ☐

Não consegue preparar refeições ☐

2.7. Consegue alimentar-se?

Sem ajuda ☐

Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, ...) ☐

Não consegue alimentar-se ☐

2.8. Tem algum(ns) problema(s) com a sua boca ou dentes?

Sim ☐ Qual(is)? _____

Não ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses correctas e às horas certas) ☐

Com alguma ajuda (se alguém lhes preparar e/ou o lembrar de os tomar) ☐

Não consegue tomar os seus medicamentos ☐

2.10. Já teve alguns problemas com a sua pele (tais como, úlceras na perna)?

Sim ☐ Quais? _____

Não ☐

2.11. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

Não tem acidentes ☐

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia) ☐

Acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda com algália ou fralda ☐

2.12. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

Não tem acidentes ☐

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) ☐

Acidentes frequentes ou precisa de medicação para a obstipação ☐

2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir-se o necessário, limpar-se e sair) ☐

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) ☐

Não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

3. MOBILIDADE

3.1. Que meios utiliza para se deslocar?

Nenhum ☐ Bengala ☐ Tripé/Muletas ☐

Cadeira-de-rodas ☐ outros ☐

3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

Sem ajuda ☐ Com alguma ajuda ☐

Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira ☐

3.2. Tem problemas com os seus pés?

Não tem problemas ☐ Alguns problemas ☐

Quais? _____

3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda ☐ Numa cadeira de rodas sem ajuda ☐

Com alguma ajuda ☐ Acamado ☐

3.4. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (incluindo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha) ☐

Com alguma ajuda ☐

Não consegue subir e descer escadas ☐

3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?

Não ☐ Uma vez ☐ 2 vezes ☐ ou mais ☐

Porquê/Causa? _____

3.6. Consegue andar no exterior?

Sem ajuda ☐ Com alguma ajuda ☐

Não consegue andar no exterior ☐

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras) ☐

Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras) ☐

Não consegue ir às compras ☐

3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos (tais como, consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade ☐ Com alguma ajuda ☐
Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

4. SEGURANÇA

4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?

Sim ☐ Não ☐ Especificar o motivo _____

4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?

Sim ☐ Não ☐ Especificar o motivo _____

4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado(a) ou assediado(a) por alguém?

Sim ☐ Especificar em que situação _____ Não ☐

4.4. Sente-se discriminado(a) por alguma razão (por exemplo, idade, sexo, raça, religião)?

Sim ☐ Especificar a razão _____ Não ☐

4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou alguma emergência?

Sim ☐ Especifica quem é a ajuda _____ Não ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

5. HABITAÇÃO E FINANÇAS

5.1. De uma forma geral está satisfeito(a) com a sua habitação?

Sim ☐ Não ☐ Especificar o que alterava? _____

5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim ☐ Não ☐ porquê? _____

5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter direito?

Sim ☐ Não ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

6. MANTER-SE SAUDÁVEL

6.1. Faz exercício regularmente?

Sim ☐ Não ☐

6.2. Fica com falta de ar durante as actividades normais?

Sim ☐ Não ☐

6.3. Fuma tabaco (cigarros, charutos, cachimbo)?

Sim ☐ Não ☐

6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Sim ☐ Não ☐

6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim ☐ Não ☐

6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Com excesso de peso ☐ Com perda de peso ☐ Não tem preocupações ☐

6.7. Tem as suas vacinas em dia?

Sim ☐ Não sabe ☐ Não ☐

6.8. Tem em dia os exames de rastreio de cancro?

Sim ☐ Não sabe ☐ Não ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

7. SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR

7.1. Consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades que são importantes para si?

Sim ☐ Não ☐

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Fraca ☐

7.3. Sente-se sozinho(a)?

Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes ☐

7.4. Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo?

Sim ☐ Não ☐

7.5. Teve alguns problemas em dormir no mês passado?

Sim ☐ Não ☐

7.6. Teve dores corporais no mês passado?

Sim ☐ Especifique: Muito suaves ☐ Suaves ☐ Moderadas

☐ Fortes ☐

Não ☐

7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por se sentir em baixo, deprimido(a) ou desesperado(a)?

Sim ☐ Não ☐

7.8 No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Sim ☐ Não ☐

7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos?

Sim ☐ Não ☐

7.10. Gostaria que lhe explicassem sobre a(s) doença(s) que tem? O que pode fazer para atenuar os sintomas?

Sim ☐ Não ☐

Comentários

Que problemas foram identificados?

Qual a importância que têm para si?

Precisamos de fazer alguma coisa para os resolver?

Que mudança(s) espera alcançar em resultado dessas acções?

HISTÓRIA CLÍNICA

Sumário das condições médicas

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Admissões recentes em internamento hospitalar

Datas	Motivos

Medicação actual

[illegible]

SUMÁRIO DA AVALIAÇÃO

Acrescente um **resumo da avaliação** e as prioridades que resultam da identificação dos problemas/necessidades, acções a desenvolver e resultados desejados ou esperados. Comece com os problemas que são mais importantes para a pessoa que está a ser avaliada.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Acrescente **outra informação relevante** para o planeamento de futuros cuidados (tais como pormenores da informação de avaliações adicionais de *Instrumentos de Apoio*).

ACÇÃO ACORDADA E ENCAMINHAMENTOS

Os **resultados acordados** associados aos pormenores do resumo deverão incluir o nome da pessoa que concordou em tomar acção.

Concorda com o resumo, plano de acções e encaminhamentos que decorrem da avaliação realizada?

Sim ☐ Não ☐ Consentimento verbal ☐

Assinatura:

Organização da revisão dos resultados da avaliação

Data da revisão: __/__/__

CONSENTIMENTO

A informação registada durante esta avaliação pode ser partilhada com terceiros envolvidos na sua prestação de cuidados. Esta informação irá ajudá-los a compreender as suas necessidades e evita a repetição de algumas partes da avaliação. **Consente que a informação registada durante esta avaliação seja partilhada com os terceiros envolvidos na sua prestação de cuidados?**

Sim ☐ Não ☐

Alguma informação também poderá ser utilizada no planeamento de futuros serviços. Esta informação será anónima, para que não seja identificado(a). **Consente que a informação registada durante esta avaliação seja utilizada para ajudar no planeamento de futuros serviços?**

Sim ☐ Não ☐

Há alguma informação específica que deseje não partilhar?
(Por favor indique os pormenores abaixo)

Sim ☐ Não ☐

Existem entidades ou pessoas com as quais não deseje partilhar a informação? (Por favor indique os pormenores abaixo)

Sim ☐ Não ☐

Por favor forneça os pormenores:

[illegible]

REVISÃO

Por favor indique o que mudou desde a sua última avaliação.

Os seus comentários: por favor escreva aqui quaisquer alterações às suas necessidades ou objectivos desde a sua última avaliação.

Comentários do cuidador: por favor acrescente qualquer informação sobre as alterações desde a última avaliação.

Nome:

Assinatura:

Comentários do avaliador: por favor escreva aqui quaisquer alterações desde a última avaliação, incluindo os resultados relacionados com o plano de cuidados.

Nome:

Assinatura:

Acção futuras:

Concorda com estas acções?

Sim ☐

Não ☐

Consentimento verbal ☐

Nome:

Assinatura:

PONTUAÇÃO DE (IN)DEPENDÊNCIA

O EASY-Care Standard identifica as questões que assumem maior relevância para o indivíduo e a forma como este gostaria de as ver resolvidas. Esta informação destina-se a desenvolver os planos de cuidados. A avaliação EASY-Care também pode ser utilizada para calcular o nível geral de (in)dependência da pessoa nas actividades da vida diária.

A pontuação para determinar a necessidade de apoio nas actividades da vida diária é calculada a partir da soma da necessidade de apoio nas actividades da vida diária, onde cada actividade tem um peso diferente, numa escala de 0 a 100. Estas ponderações são o resultado de investigações desenvolvidas por profissionais de saúde e prestadores de cuidados acerca da importância relativa de diferentes actividades e do seu impacto na independência e qualidade de vida.^{1, 2}

Notas sobre a pontuação

Os números que se encontram entre parêntesis definem o peso atribuído a cada actividade e diferenciam necessidades de apoio num mesmo item. É importante que todas estas perguntas sejam respondidas para calcular a pontuação, que resulta da soma dos pesos.

		Pontuação
P 1.4	Não consegue utilizar o telefone (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.1	Precisa de ajuda para manter o aspecto cuidado (5)	
P 2.2	Não consegue vestir-se (6), ou com alguma ajuda (4)	
P 2.4	Não consegue tomar banho/duche (5)	
P 2.5	Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.6	Não consegue preparar refeições (5), ou com alguma ajuda (2)	

P 2.7	Não consegue alimentar-se (8), ou com alguma ajuda (3)	
P 2.9	Não consegue tomar medicamentos (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.11	Acidentes frequentes de bexiga (8) ou ocasionais (5)	
P 2.12	Acidentes frequentes de intestinos (8) ou ocasionais (6)	
P 2.13	Não consegue utilizar a sanita (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.1	Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.3	Acamado (8), ou precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), ou de cadeira de rodas sem ajuda (5)	
P 3.4	Não consegue subir nem descer escadas (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.6	Não consegue andar no exterior (6), ou com alguma ajuda (3)	
P 3.7	Não consegue ir às compras (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.8	Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 5.2	Não consegue gerir as finanças (4)	
Total		

Pontuação total: (0-100)

A pontuação pode ser utilizada para comparar pessoas e grupos de pessoas. Pode avaliar as alterações necessárias com o decorrer do tempo para ajudar a medir os resultados de cuidados.

Referências

1. Philp I, Armstrong GK, Coyle GG, Chadwick I, Machado ABC (1998) A better way to measure disability in older people. *Age and Ageing*, **27**, 519-522.
2. Kane RL, Rockwood T, Philp I, Finch M (1998) Differences in valuation of functional status components among consumers and professionals in Europe and the United States. *Journal of Clinical Epidemiology*, **51**, 657-666.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS

As perguntas seguintes fazem parte da avaliação do EASY-care Standard e indicam o risco de queda e/ou lesões provocadas por quedas. Os profissionais de saúde e de acção social devem responder tendo em conta o plano de acção acordado em função dos resultados da avaliação. A resposta afirmativa em pelo menos 3 itens indica um elevado risco de quedas.

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Uma ou mais quedas no ano que passou	P 3.5	
Tem dificuldade em ver	P 1.1	
Tem pouca estabilidade de pé	P 3.4	
Está limitado ao domicílio	P 3.6	
Dificuldade em deslocar-se	P 3.1	
Problemas com os seus pés	P 3.2	
Falta de segurança no domicílio	P 3.3	
Ingestão excessiva de álcool	P 6.4	
Total (de 8)		

Outros factores:

Comentários do avaliador

Resumo da acção proposta
